

الإرشاد النفسى

دكتور/ محمد أحمد إبراهيم سعفان

العملية الإرشادية

التشخيص

الطرق العلاجية الإرشادية

البرامج الإرشادية

إدارة الجلسات والتواصل

علاء الخضري

دار الكتاب الحديث

٦/إرشاد النفسي

العملية الإرشادية

التشخيص

البرامج الإرشادية

الطرق العلاجية الإرشادية

إدارة الجلسات والتواصل

دكتور

محمد أحمد إبراهيم سعفان

أستاذ (م) الصحة النفسية

كلية التربية — جامعة الزقازيق

دار الكتاب الحديث



القاهرة	94 شارع عباس العقاد – مدينة نصر – القاهرة ص.ب 7579 البريدي 11762 هاتف رقم : 2752990 (202 00) فاكس رقم : 2752992 (202 00) بريد إلكتروني : dkh_cairo@yahoo.com
الكويت	شارع الهلالي ، برج الصديق ص.ب : 22754 – 13088 الصفاه هاتف رقم 2460634 (965 00) فاكس رقم : 2460628 (965 00) بريد إلكتروني : ktbhades@ncc.moc.kw
الجزائر	B. P. No 061 – Draria Wilaya d'Alger– Lot C no 34 – Draria Tel&Fax(21)353055 Tel(21)354105 E-mail dkhadith@hotmail.com

رقم الإيداع	2004 / 20585
I.S.B.N	977-350-106-X

المقدمة :

الكتاب الذي نعرض له " العملية الإرشادية " هو الكتاب الثالث من سلسلة الإرشاد النفسي ، حيث كان الكتاب الأول " الإرشاد النفسي للأطفال " يتكون من جزءين ، والكتاب الثاني " دليل إرشادي لتحسين الاستذكار " . والكتاب الحالي " العملية الإرشادية " يعرض المراحل العامة للعملية الإرشادية دون الدخول في تفصيلات كثيرة لوجهات نظر مختلفة ولمدارس مختلفة ، فتم عرض الموضوعات بطريقة انتقائية وأسلوب يمكّن طلبة الإرشاد النفسي والمهتمين به من الاستفادة منها وأن تكون كأساس لقراءات واسعة نقدية وإبداعية فيما بعد ، كما يمكن اختبارها عند تنفيذ البرامج الإرشادية . وفي مرحلة تالية يمكن نقد هذه الموضوعات وتعديل بعضها أو إضافة موضوعات أخرى .

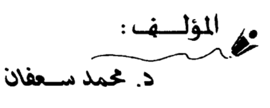
يضم الكتاب الذي بين أيدينا سبعة فصول تعالج الجانب النظري والتطبيقي للعملية الإرشادية ، فيتناول الفصل الأول بعض الموضوعات كمدخل عام للعملية الإرشادية مثل : مصطلح الإرشاد النفسي وتطوره التاريخي وخصائص الإرشاد النفسي ومحاوره والإرشاد الفردي والجماعي والإعداد المهني ، ويتناول الفصل الثاني أدوات التشخيص مثل : المقابلة ، دراسة الحالة ، الملاحظة ، الاختبارات النفسية ، ويتناول الفصل الثالث التشخيص في الإرشاد النفسي ويتناول الفصل الرابع بعض الطرق العلاجية الإرشادية ، ويتناول الفصل الخامس البرامج الإرشادية ، ويتناول الفصل السادس إدارة المرشد النفسي للجلسات الإرشادية والاتصال ، ويتناول الفصل السابع نماذج لبرامج إرشادية في مجال البحوث والدراسات .

وضع هذا الكتاب على أساس خصائص العملية الإرشادية التي يمكن أن تتم في المدرسة والمنزل والمصنع أو أي مؤسسة أخرى ، وبأسلوب الإرشاد الفردي أو الإرشاد الجماعي والتي يستخدمها الباحث عند التخطيط لبرامج إرشادية لعلاج مشكلة أو اضطراب ضمن متطلبات بحثية خاصة به ، وأيضاً التي يستخدمها القائم

بتدريب الطلاب على التصميمات البحثية والتخطيط لبرامج إرشادية وتنفيذها وتقويمها ضمن متطلبات الحصول على شهادة أو ترخيص .

نظراً لاختلاف مدارس الإرشاد النفسي التي ينتمي إليها أصحاب نظريات الإرشاد النفسي أو الذين يمارسون مهنة الإرشاد النفسي أو المختصون في الإرشاد النفسي ، ونظراً لاختلاف الهيئات والمؤسسات التي يتدربون أو يعملون فيها ؛ كان من الطبيعي عدم الاتفاق حول الموضوعات التي تعالج مراحل العملية الإرشادية وخصائص كل مرحلة ودرجة أهميتها ، خاصة الذين يتبنون نظرية معينة وينظرون إلى مراحل العملية الإرشادية على النمط الذي يتم في دراسة الحالة داخل عيادة نفسية أو مركز علاجي ومن أمثلة ذلك الجلسات المسجلة أثناء المقابلات الإرشادية والتي يقوم بها أصحاب نظريات الإرشاد النفسي . هذا الاختلاف لا يعيق البحث وتوجيه الجهود من أجل الاقتراب من التصور العام لمراحل العملية الإرشادية مع ترك المجال مفتوحاً أمام الحقائق العلمية التي نستدل عليها من الخبرات اليومية والتي نتوصل إليها من إجراء البحوث والدراسات في مجال تخطيط وتنفيذ البرامج الإرشادية ، وفي ضوء فلسفة الإرشاد النفسي الثقافي يكون هذا الاختلاف مقبولاً لأنه يعكس خلفيات ثقافية مختلفة للمرشد النفسي والمسترشد حول مفهوم الإرشاد النفسي وإجراءاته والظروف التي تقدم فيها الخدمات الإرشادية .

يتمنى المؤلف أن يجد القارئ والدارس في هذا الكتاب ما يثير اهتماماته ويزيد فهمه ويشبع حاجاته للمعرفة حول الإطار النظري والتطبيقي للعملية الإرشادية ثم يوظف ما تعلمه في حياته اليومية والمهنية .



الزقـازيــــق

الثلاثاء 9 نوفمبر 2004 م

26 رمضان 1325 هـ

الفهـــرس

الفصل الأول

"مدخل عام"

نظـرا لأن موضـوع الكتـاب الحـالي " العمليـة الإرشـادية " كـان مـن الضروري عرض بعض الموضوعات التي تعين على فهم الإرشاد النفسي قبل عرض الموضوعات الأساسية المرتبطة بالعملية الإرشادية خاصة للطالب والقارئ الذي لا تتوافر لديه معارف ومعلومات كافية عن الإرشاد النفسي ، والموضوعات التي تضمنها هذا الفصل هي على النحو التالي :

1- الدلالة اللغوية لمصطلح الإرشاد النفسي وتطوره التاريخي .

2- محاور الإرشاد النفسي (المرشد ، المسترشد ، العملية الإرشادية) .

3- خصائص الإرشاد النفسي .

4- الإرشاد النفسي علم وفن .

5- الإرشاد النفسي الفردي والإرشاد النفسي الجماعي .

6- مهنة الإرشاد النفسي (الإعداد ، التدريب ، الممارسة) .

7- تعريف الإرشاد النفسي .

8- تعريف العملية الإرشادية .



الفصل الأول

"مدخل عام"

أولا : الدلالة اللغوية لمصطلح الإرشاد النفسي وتطوره التاريخي :

1- الدلالة اللغوية :

وردت معاني كثيرة ومتنوعة في القرآن الكريم لمصطلح إرشاد وبعض المصطلحات المرتبطة به ومن هذه المعاني : الرشْدُ ، ورُشْداً ، والرَشَاد ، ومُرشداً.

كلمة الرشْدُ ، استخدمت بمعنى الشيء الواضح الجلي الذي له دلائل وبراهين واضحة وكاملة ، كما في قوله تعالى {لاَ إِكْرَاهَ فِي الدِّينِ قَد تَّبَيَّنَ الرُّشْدُ مِنَ الْغَيِّ } .[1]

كلمة رُشداً ، استخدمت بمعنى وصول الفتى البلوغ وقدرته على إدارة أحواله ومعيشته، كما في قوله تعالى {وَابْتَلُوا الْيَتَامَى حَتَّىَ إِذَا بَلَغُوا النِّكَاحَ فَإِنْ آنَسْتُم مِّنْهُمْ رُشْداً فَادْفَعُوا إِلَيْهِمْ أَمْوَالَهُمْ } [2]

واستخدمت كلمة رُشداً أيضا بمعنى العلم الذي يسترشد به في الأمور النافعة والأعمال الصالحة ، ونستدل على ذلك من الحوار الذي دار بين موسى عليه السلام والخضر كما في قوله تعالى {قَالَ لَهُ مُوسَى هَلْ أَتَّبِعُكَ عَلَى أَن تُعَلِّمَنِ مِمَّا عُلِّمْتَ رُشْداً}.[3]

---

[1] سورة البقرة جزء من الآية 256 .
[2] سورة النساء جزء من الآية 6
[3] سورة الكهف جزء من الآية 66

وكلمة رُشداً في الحالة الأولى والثانية مكملتان ، لأن العلم لا يتحقق إلا إذا وصل الفتى مرحلة البلوغ حتى يكتسب المعرفة والخبرة اللازمة .

كلمة الرَّشاد ، استخدمت بمعنى طريق الحق والصدق كما في قوله تعالى {وَقَالَ الَّذِي آمَنَ يَا قَوْمِ اتَّبِعُونِ أَهْدِكُمْ سَبِيلَ الرَّشَادِ } (4)

كلمة مُرشداً ، استخدمت بمعنى الواعظ الذي يهدى غيره إلى الصواب والحق كما في قوله تعالى { وَمَن يُضْلِلْ فَلَن تَجِدَ لَهُ وَلِيّاً مُّرْشِداً }(5)

"وجاءت كلمة إرشاد في اللغة العربية من الفعل أرشد ، يرشد ، إرشاد ، ورشد ، يرشد ، رشدا والرشد هو الصلاح والفعل راشد ، ويقال أرشده : أي أهداه ودله . ورشده أي أرشده وهداه . واسترشد فلانا أى طلب منه أن يرشده. والترشيد هو حسن القيام على الشيء وتوجيهه فى خير سبيل والراشد هو المستقيم على طريق لا يحيد عنه" (المعجم الوجيز ، 1999 ، 264- 265) .

" وتختلف كلمة إرشاد counseling عن كلمة إرشاد counselling (double l) فى قاموس اللغة الإنجليزية (H, B, English) فالثانية يستخدمها العاملون بمكتب المحاماه والسفارات والمسئولون عن مراكز العمل المختلفة، أما الأولى فتستخدم فى مجال الإرشاد النفسى ويقصد بها مجموعة المعلومات وتفسير الاختبارات، وهى العلاقة التى يحاول فيها شخص متخصص يحمل درجات علمية تخصصية تقديم مساعدة لشخص آخر فى مواقف الحياة المختلفة: الدراسية والمهنية والشخصية والاجتماعية (سهام درويش،12,1988) ورغم أهمية التفرقة فى استخدام المصطلح الإنجليزى إلا أن البعض مازال يستخدم المصطلحين بمعنى واحد، كما أن بعض المراجع الأجنبية خاصة البريطانية لا تهتم بهذه التفرقة، ويمكن مراجعة توثيق المراجع فى نهاية الكتاب لتجد مرجع Ray Woolfe يستخدم counselling Psychology (double l).

(4) سورة غافر جزء من الآية 38

(5) سورة الكهف جزء من الآية 17

2- التطور التاريخي للإرشاد النفسي :

من الزواية التاريخية العلمية :

فإن الإرشاد النفسي بدأ تحت مسمى التوجيه المهني ، فيذهب البعض إلى أن الكتاب الذي ألفه العالم الأسباني " جون هورت John Huart " بعنوان " اختبار العقل " في القرن السادس عشر هو أول محاولة لمناقشة ما يعرف الآن بالتوجيه المهني ، فقد أدرك "هورت" أن الناس يختلفون في كل من الذكاء العام والقدرات الخاصة وأوصى بضرورة اكتشاف الميول والقدرات الخاصة بكل فرد حتى يمكن إعطاؤه نوع التدريب الملائم (براون ،1968، 9) .

ورغم ظهور الكثير من الكتب التي تتناول التوجيه المهني فيما بعد ، إلا أن الكثير من الباحثين يذهبون إلى أن الأب الروحي للتوجيه المهني هو " فرانك بارسونز " Frank Parsons فقد أنشأ في عام 1908 مكتبا مهنيا في مدينة " بوسطن " وكان يهدف إلى مساعدة الشباب في اختيار المهنة ، وفي عام 1909 نُشر له كتاب " اختيار مهنة " Choosing avocation وذلك بعد وفاته بعام تقريبا . وقد أشار " بارسونز " إلى ضرورة إدخال التوجيه المهني في التعليم والتدريب ، وأكد على النمو المهني من الطفولة حتى الرشد، وقد استمر عمل مكتب التوجيه المهني الذي أسسه "بارسونز" بعد وفاته تحت قيادة وإشراف بعض المربين ، ثم ضُم إلى قسم التربية بجامعة هارفاد في عام 1917 ، واستمر في أداء مهمته حتى الأربعينيـــات من القرن العشرين عندما انتقل عمله إلى الجمعية الوطنية للتوجيه المهني The National Vocational Guidone Association (N V G A) .

امتد الاهتمام من مجال المهنة إلى مجال التربية فيما يعرف بالتوجيه التربوي ، ويعتبر ترومان كيلي Truman Kelley (1914) أول من حدد ملامح التوجيه التربوي في بحثه للدكتوراه واعتبره نشاطا تربويا يهدف إلى مساعدة

المتعلمين على اختيار المقررات والتعرف على طبيعة المشكلات الدراسية وتصنيف المعلمين في المدارس الثانوية في ضوء قدراتهم وإمكانية النجاح في مقررها .

يضاف إلى الجهود السابقة ، جهود كارل روجرز Carl Rogers، فقد وضع كتابه في الإرشاد والعلاج النفسي في عام 1942 وعرض فيه أفكاراً تتعلق بالعوامل التي تيسر النمو ، والإيمان بحرية ومسئولية المسترشد، كما وضع أسلوباً في الإرشاد يعرف بالإرشاد غير المباشر كما وضع نظرية في الإرشاد النفسي مازال الباحثون يستفيدون منها في حقل الإرشاد النفسي حتى اليوم .

في عام 1951 اصبح ميدان علم النفس الإرشادي في أمريكا ميدانا قائما بذاته وأصبح دور الأخصائي النفسي في الإرشاد مجددا ، وبدأ علم النفس الإرشادي يهتم بالفرد السوى في المدرسة والمصنع والأسرة ، بالإضافة إلى الاهتمام بالمعوقين وغير المتوافقين ولكن بشكل مختلف عما اعتاده علم النفس ، فقد اعتاد علم النفس الإكلينيكي على سبيل المثال أن يهتم بتشخيص طبيعة ومدى المرض النفسي وبالنواحي الشاذة حتى في الأفراد الأسوياء وعلى العكس من ذلك فإن علم النفس الإرشادي يهتم بالنواحي السوية حتى في الأفراد غير الأسوياء . وهكذا يرى أخصائيو الإرشاد النفسي أن موضوعه السواء (وليس الشخص السوي) وهذا يعني أن علم النفس الإرشادي يهتم بالجوانب الإيجابية في تنمية الإنسان عن طريق تنمية مصادر القوة في سلوكه . وقد قامت مجموعة من الأساتذة المهتمين بالإرشاد النفسي الأمريكي في عام 1954 بإصدار دورية علم النفس الإرشادي Journal of Psychology Counseling وقد شهد ميدان الإرشاد النفسي في السبعينيات والثمانينيات (من القرن العشرين) تحديداً أفضل للإرشاد ودور المرشد وظهر الدور المتكامل للإرشاد والذي يتحدد في أدوار ثلاثة هي : النمائي والوقائي والعلاجي (عبد الله محمود ، 1986، 26-34).

في بريطانيا عُرف الإرشاد النفسي على أنه دستور تنموي ضمن علم النفس الاجتماعي ، وفي عام 1982 تمت الموافقة على تأسيس قسم الإرشاد النفسي، وفي عام 1989 أصبح للقسم جمع متميز من المهتمين بالأصول العلمية والمحترفين ، وفي عام 1992 تم تأسيس دراسات متخصصة للإرشاد النفسي من أجل تثبيت الحق الرسمي لعلماء النفس المحترفين وفي عام 1994 تحقق الإنجاز الأكبر عندما تم اختيار مجموعة من علماء النفس وأصبحوا مفوضين للاستخدام العلمي المتفق عليه لمهنة المرشدين النفسيين ، وقد تم تطور الإرشاد النفسي في بريطانيا على التوجهات الفلسفية ونظام القيم نظراً لأنه قد ثبت أن الالتزام بالمعارف السيكلوجية التقليدية لا يكفي وحده لتقديم خدمات إرشادية فعالة . وقد قام علماء الإرشاد النفسي على تثبيت بعض المفاهيم مثل الممرضات والأطباء وعلماء النفس والأخصائيين الاجتماعيين . ومفهوم التركيز على الصحة أكثر من المرض وفي هذا الاتجاه يتم الاهتمام بالوقاية بدلاً من العلاج . ومفهوم العالم المتخصص الذي يتطلب الجمع بين العلم والتدريب (هذا المفهوم انتشر أولا في أمريكا) . (Ray Woolfe 1996, 3-20)

في مصر بدأت معرفة وممارسة الإرشاد النفسي على يد الأساتذة الذين حصلوا على بعثات خارجية ثم بعد ذلك بدأت البحوث والدراسات ووجدت شعبة الإرشاد النفسي ضمن شعب الدراسات العليا (الدبلومة المهنية) كما أنشئ مركز الإرشاد النفسي التابع لجامعة عين شمس بموجب قرار من مجلس الجامعة في عام 1991 على أنه وحدة ذات طابع خاص ويكون مقره كلية التربية جامعة عين شمس، ومن أهداف هذا المركز :

1- تنظيم البرامج التدريبية .

2- إقامة الندوات والمؤتمرات .

3- إصدار مجلة علمية للإرشاد النفسي .

4- تقديم خدمات الإرشاد النفسي والمهني .

5- إعداد المقاييس والاختبارات اللازمة للإرشاد النفسي .

وتوجد حالياً محاولات جادة لإنشاء مراكز إرشادية في الجامعات المصرية على نمط مركز الإرشاد النفسي التابع لجامعة عين شمس بالإضافة إلى إنشاء شعبة تخصصية في الإرشاد النفسي داخل كليات التربية والآداب يلحق بها الطالب بعد الانتهاء من المرحلة الثانوية.

ثانياً : محاور الإرشاد النفسي :

يقوم الإرشاد النفسي على محاور ثلاثة وهي :

1- المرشد النفسي. 2- المسترشد. 3- العملية الإرشادية.

ونشير إلى كل محور على حدة كما يلي :

1- المرشد النفسي Counselor :

المرشد النفسي شخص مؤهل علمياً لممارسة مهنة الإرشاد النفسي وهو المسئول عن تقديم الخدمات الإرشادية ، وتوجد فروق مهنية بين المرشدين من حيث الإعداد والتدريب والممارسة والخبرة ، كما توجد فروق بين المرشد النفسي وعالم النفس الإرشادي ، فيوجد مرشد نفسي يقدم برامج إرشادية مخططاً لها من قبل وقد يقوم بالتخطيط للبرامج الإرشادية بعد الحصول على تدريب خاص وممارسات إرشادية خاصة تؤهله لذلك ، أما عالم النفس الإرشادي Counseling psychologist فهو عالم محترف وله خبرة مهنية عالية ولذلك يمكنه التخطيط لبرامج إرشادية يكون لها صفة العمومية، * في بعض الحالات يكون له اتجاه إرشادي خاص أو نظرية إرشادية خاصة مثل "كارل روجرز" صاحب نظرية الإرشاد غير المباشر.

* نستخدم في هذا المؤلف باستمرار مصطلح : المرشد النفسي ، وسيكون علينا دائما تذكر الفروق بين المرشد النفسي وعالم النفس الإرشادي .

يتبنى المرشد النفسي في العادة اتجاهاً إرشادياً يعمل في ضوئه مثل الاتجاه العقلاني أو الاتجاه السلوكي أو الاتجاه التحليلي أو الاتجاه الوجودي ، وتبني المرشد النفسي لنظرية إرشادية لا يمنع من أن يلم بأكثر من نظرية إرشادية . ويُنظر إلى المرشد النفسي كتكنيك The counselor technique عندما يقوم بتخطيط وتنفيذ إجراءات العملية الإرشادية وعندما ينقل المعرفة النفسية Psychological information إلى المسترشد ، وعندما يُمثل دوراً نموذجياً يتعلم منه المسترشد .

كُتب الكثير عن الخصائص التي يجب أن يتميز بها المرشد النفسي ويمكن تصنيفها في خصائص نوعية على النحو التالي:

أ) **الخصائص المعرفية:** وجود مستوى من الذكاء يضمن أداء المهنة بكفاءة وفهم ويعرف هذا (بعتبة ذكاء المهنة) ، فهم ميدان التخصص النظري والعلمي ، تميزه بالطلاقة والمرونة والأصالة ، الانفتاح على العالم .

ب) **الخصائص الوجدانية:** وجود ميل واهتمام بالإرشاد النفسي، التوازن الانفعالي، والاستقرار العاطفي ، التوازن في ممارسة السلطة ، الالتزام بالقيم المهنية مثل: العدل والحياد والاهتمام ، التعاطف وفهم ما يشعر به الآخرون ، القدرة على منح الحب واستقباله.

جـ) **الخصائص الإنسانية مع المسترشد والقائمين على تربيته** ، ومن مظاهرها : تقبل المسترشد، ومشاركته وجدانياً ، إقامة علاقة سوية بعيداً عن الإهمال أو التعلق أو التحيز ، الاهتمام بالحياة حتى يعطي معنى لسلوكه.

د) **الخصائص المهنية:** مثل القدرة على إدارة الحوار والمناقشة والقدرة على الإنصات ، القدرة على تحقيق الانضباط ، القدرة على التأثير على الآخرين ، التمتع بالحيوية والنشاط والحماس ، التمييز بين المسترشدين في سلوكهم الهادف ، أن يكون حكيماً في استخدام الوقت، لديه قدرة على إقامة علاقة مهنية ، مدركاً

لاحتياجات الآخرين ، المرونة والتعامل بكفاءة مع الظروف المختلفة ، والاعتراف بالخطأ .

هـ) الخصائص الأخلاقية مثل : الإخلاص في العمل ، الأمانة ، والعدالة ، والقدرة على التسامح ، فهم قيم المجتمع واحترامها ، أن تتفق أقواله مع أفعاله.

يلاحظ أن الصفات السابقة هي التي تميز بين المرشد النفسي الكفء والمؤثر عن المرشد النفسي الذي لا يملك التأثير ذاته ، ومع ذلك فإن هذه الصفات قابلة للزيادة أو النقصان كما أنها تختلف باختلاف ثقافة المجتمع والتوجه الإرشادي الذي يتبناه المرشد النفسي .

أدوار المرشد النفسي :

يؤدي المرشد النفسي أدواراً إرشادية مختلفة باختلاف نوع الخدمات المطلوبة واختلاف المجال الذي يعمل فيه (المدرسة ، الأسرة ، المصنع) ومن الأدوار التي يؤديها المرشد النفسي ما يلي :

1- **دور المدرب :** وذلك عندما يتم الاستعانة بالمرشد النفسي لِيُعَلم مجموعة في مجال ما بعض المهارات الضرورية مثل تدريب المعلم كيفية توظيف مادة تخصصه في حل مشكلة تلميذ ما .
2- **دور الخبير :** وذلك عندما يتم الاستعانة بالمرشد النفسي في تشخيص مشكلة واقتراح الحل المناسب لها .
3- **دور الممارس للعملية الإرشادية :** وذلك عندما يقوم المرشد النفسي بخطوات العملية الإرشادية كاملة .
4- **دور المتعاون مع فريق العمل في حل مشكلة ما :** وفي هذه الحالة يمكن أن يؤدي المرشد النفسي خدماته على مستوى من المستويات الثلاثة السابقة (المدرب ، الخبير ، الممارس) مع فريق تقديم الخدمات والذي قد يتكون من

الأخصائي الاجتماعي ، الأخصائي النفسي ، أخصائي التخاطب ، طبيب المدرسة ، المعلم ، مدير المدرسة ، الوالدين ، وأشخاص آخرين مهمين للمسترشد ، وفي حالة قيام المرشد النفسي بدور الممارس للعملية الإرشادية يكون هو محور تقديم الخدمات الإرشادية بمساعدة أعضاء فريق تقديم الخدمات.

المهارات اللازمة للمرشد النفسي :

لكي يؤدي المرشد النفسي أدواره الإرشادية بكفاءة لابد وأن يتوفر لديه المهارات التي تساعده على ذلك (بالإضافة إلى الخصائص التي تم الإشارة إليها) ومن أهمها ما يلي :

1- أن يتقبل المسترشد بتعاطف وفهم .
2- أن يكون قادراً على فهم السلوك الهادف للمسترشد في ضوء خصائص المرحلة النمائية للمسترشد .
3- أن يكون مدركاً لاحتياجات المسترشد في ضوء متطلبات المرحلة النمائية للمسترشد وفي ضوء ظروف مجتمعه وأسرته .
4- أن يكون فاهماً لتأثير العادات والتقاليد والدين في تشكيل فكر وسلوك المسترشد.
5- أن يكون متحرراً في ذاته من الاضطرابات الانفعالية مثل : الخوف والقلق والوسلوس والأفعال القهرية .
6- أن يكون قادراً على اتخاذ قرار خاص بأي مرحلة من مراحل العملية الإرشادية مثل التشخيص والإحالة والإنهاء أو إعادة الجلسة ... الخ .
7- أن يكون شجاعاً حين يرتكب الأخطاء فيعترف بها ويعدلها .
8- أن يكون قادراً على تهيئة الظروف المناسبة لتنفيذ خطوات العملية الإرشادية.

2- المسترشد Counsele :

المسترشد هو الشخص الذي لديه مشكلة ويطلب خدمات الإرشاد النفسي لحلها ، وفي أغلب الحالات توجه خدمات الإرشاد النفسي إلى المسترشد من خلال علاقة إرشادية وفي بعض الحالات توجه هذه الخدمات إلى القائمين على تربية المسترشد مثل الوالدين والمعلم ، والمسترشد الذي نتعامل معه هو شخص أقرب إلى السواء لأن مشكلته لم تصل إلى درجة الصعوبة والتعقيد كما هو الحال في العلاج النفسي ولذلك نستخدم مصطلح مسترشد في الإرشاد في مقابل استخدام مصطلح مريض في العلاج النفسي أو العلاج الطبي . وتقدم خدمات الإرشاد النفسي للمسترشد في جميع مراحل النمو مع التأكيد على أن هذه الخدمات قد تقدم إلى المسترشد وإلى أشخاص مهمين له وأشخاص قائمين على تربيته ، وعند تقديم هذه الخدمات في مرحلة الطفولة المبكرة أو في مرحلة الشيخوخة توجه هذه الخدمات إلى الأشخاص القائمين على تربيته ورعايته بدرجة واهتمام أكبر . ويمكن النظر إلى المسترشد على أنه وحدة من وحدات المجتمع مثل العائلة أو المدرسة أو الشركة أو المصنع أو الهيئة أو مجموعة عمل أو قسم حكومي أو جماعة خارجة عن القانون أو مجموعة عمل في مستشفى ، ولذلك وجدت مجالات عديدة للإرشاد النفسي مثل : الإرشاد التربوي ، والإرشاد الأسري ، والإرشاد المهني ، والإرشاد لغير العاديين .

ما الذي يدفع الناس للذهاب إلى المرشد النفسي ؟

يمكن تلخيص هذه الدوافع كما يأتي :

أ- نتيجة الاقتناع بأهمية الخدمات التي يقدمها الإرشاد النفسي .

ب- لمجرد استطلاع ما يمكن أن يقدمه الإرشاد النفسي .

جـ- نتيجة اليأس من العلاج الطبي الدوائي فيكون التفكير في تجريب الإرشاد النفسي .

د- نتيجة ما تردده وسائل الإعلام عن قيمة وأهمية هذه الخدمات الإرشادية .

هـ- نتيجة تحويلات من أماكن مختلفة مثل المدارس والمصانع ومصلحة السجون ... الخ .

وعندما يحتل العنصر (أ) الدافع الأول في طلب الخدمة فإن هذا يعتبر دليلاً على وجود اتجاهات إيجابية نحو الإرشاد النفسي ويعتبر في الوقت نفسه من العوامل الإيجابية التي تساعد على نجاح العملية الإرشادية .

3- العملية الإرشادية : Counseling Process

يشير مصطلح العملية الإرشادية إلى الخطوات المتتابعة التي يتم من خلالها تقديم خدمات الإرشاد النفسي من المرشد النفسي إلى المسترشد . والعملية الإرشادية هي الجانب التطبيقي للإرشاد النفسي وبدونها يصبح الإرشاد النفسي مجرد آراء أو اتجاهات أو نصائح أو توجيهات .

" عندما يدخل المرشد النفسي في علاقة إرشادية مع المسترشد فإن عملية الإرشاد النفسي يجب أن تنتظم في مراحل معروفة ، وقد اختلفت المداخل الإرشادية في وصف هذه المراحل فمنها ما يحددها في : طلب الخدمة ، بناء علاقة إرشادية ، توضيح المشكلة ، مناقشة الحلول والمقترحات، تحويل الحلول إلى مجهودات للتغيير ، إنهاء العلاقة الإرشادية . ومنها من يحددها في : الدخول في المشكلة ، تجميع المعلومات ، تعريف المشكلة ، تحديد الحلول واختيار الأنسب منها ، عرض الأهداف ، الإتمام ، التقييم ، الإنهاء " (Rickey, G. 1981, 269-271) .

ومن النماذج التي تصف عملية الإرشاد النفسي في مراحل متتابعة النموذج الذي قدمه كل من واطسون ووستلى Watson and Westley (1958) والذي يتضمن سبع مراحل للعملية الإرشادية على النحو التالي :

1- تطوير الحاجة إلى التغيير .

2- بناء العلاقة الإرشادية .

3- توضيح مشكلة المسترشد .

4- مناقشة الحلول والمقترحات المتبادلة .

5- تحويل الاهتمامات إلى مجهودات فعالة للتغيير .

6- تحديد المستوى الجيد للعمل أو بناء الجماعة .

7- يتم تحقيق علاقة نهائية مقصودة Aterminal Relationship مع المسترشد كما لو كانت اتصالاً فعالاً لإحداث التغيير (Rickey, 1981, 279) .

في الاتجاه نفسه اقترح كوربيوس Kurpius (1978) تسع مراحل للعملية الإرشادية وهي كما يلي :

1- ما قبل البدء : Preentry

في مرحلة ما قبل الدخول في العلاقة الإرشادية يحدد المرشد النفسي بعناية المعتقدات والقيم والاحتياجات والافتراضات والممارسات والمهارات المرتبطة بعملية حل المشكلة والأسئلة التي يجب أن تُطرح في هذه المرحلة هي :

س1- ما هي الافتراضات assumptions التي يجب معرفتها عن الناس مثل ثروتهم ومكانتهم وسلطتهم ونفوذهم ؟

س2- ما هي الافتراضات التي لدى المنظمات مثل الأهداف والطرق المستخدمة واستخدام الثواب والعقاب ؟

س3- ما هو التعريف المُدرك الذي يُعمل به في عملية الإرشاد ؟

2- البدء : Entry

في مرحلة البدء (الدخول) كلما دخل المرشد النفسي في العلاقة الإرشادية فإن الأدوار والقواعد الأساسية يجب أن تعرف ويتم بناؤها كما يتم الإشارة إلى المشكلة .

3- تجمع المعلومات : Cathering information

يجب على المرشد النفسي أن يجمع معلومات إضافية لتساعده في توضيح المشكلة المطروحة فكلما كانت المعلومات واضحة كلما كانت المشكلة واضحة أكثر ، وعلى المرشدين أن يتأكدوا من أن المعلومات التي حصلوا عليها لها علاقة بالموضوع ، وأدوات جمع المعلومات كثيرة منها الملاحظة والاختبارات والحوارات والمقابلات الجماعية .

4- تعريف المشكلة : Problem definition

في مرحلة تعريف المشكلة يتم تقييم المعلومات ويتم ترجمة المشكلة إلى هدف (أو أهداف) ويتم الاتفاق مسبقاً بين المرشد النفسي والمسترشد على ما تم التوصل إليه .

5- تحديد واختيار الحلول المتبادلة :

Identifying and selection alternative solutions :

نظراً لأن حل المشكلة يعتمد على تحليل المعلومات فإن عملية حل المشكلة يمكن أن تكون سهلة إذا تم ترتيب المعلومات حسب أولويتها .

6- عرض الأهداف : Stating objectives

يجب أن تحدد الأهداف مسبقاً وذلك لحل المشكلة ، ويمكن أن تكمل الأهداف وتقاس في مرحلة سابقة .

7- الإتمام : Implementation

تعتمد هذه المرحلة على كل الخطوات السابقة وهي الخطوة الأولى المباشرة التي يبدأ بها عملية حل المشكلة .

8- التقييم : Evaluation

تتضمن مرحلة التقييم مراقبة الأنشطة الموجودة لحل المشكلة وقياس النتائج النهائية .

9- الإنهاء : Termination

في هذه المرحلة يتم الاتفاق بين المرشد النفسي والمسترشد على عدم مواصلة الاتصال المباشر كما أن القرارات في هذه المرحلة تتعلق بتقييم ما إذا كانت الأهداف قد تحققت أم لا وإلى أي درجة (Rickey, 1981, 274-275).

وبعيداً عن الاتجاهات المختلفة في تحديد مراحل العملية الإرشادية يمكن النظر إلى الخطوات العامة للعملية الإرشادية في الآتي :

أ- تحديد المشكلة من خلال المسترشد نفسه أو أشخاص آخرين .

ب- التشخيص : وتتضمن هذه الخطوة أخذ الموافقات وتهيئة المسترشد للتشخيص ثم جمع المعلومات وتفسيرها وفرض الفروض والتحقق من صحتها .

جـ- اختيار استراتيجية مناسبة لحل المشكلة والتخطيط لبرنامج إرشادي في ضوء هذه الاستراتيجية .

د- تنفيذ البرنامج الإرشادي .

هـ- تقويم البرنامج الإرشادي والنتائج التي تحققت من خلاله .

و- المتابعة للتأكد من مدى استمرارية التحسن أو بقاء التحسن بالدرجة نفسها التي كان عليها عند الانتهاء من تنفيذ البرنامج .

ونشير في نهاية هذا الجزء إلى أن هناك نماذج كثيرة في أدبيات الإرشاد النفسي تصف مراحل العملية الإرشادية . ورغم الاختلاف بينها إلا أنها تشترك في خطوات إجراءات التشخيص وتخطيط البرنامج وتنفيذه وتقويمه وعمل المتابعة وهذه الخطوات هي ما اعتمد عليها المؤلف كخطوات عامة للعملية الإرشادية الذي يعرض لها في الكتاب الحالي .

ثالثاً : خصائص الإرشاد النفسي :

يمكن وضع تصور لخصائص الإرشاد النفسي كالآتي :

1- الإرشاد النفسي علم وفن (وسوف نناقش هذه الخاصية بالتفصيل لاحقا) .

2- الإرشاد النفسي هو أحد فروع علم النفس التطبيقية Applied psychology وهو من المهن المساعدة التي تقدم خدمات للأشخاص وهو يشبه في هذا الجانب مهناً أخرى مساعدة مثل : الخدمة الاجتماعية والعلاج النفسي .

3- المرشد النفسي مهني متخصص ومتدرب ، ولذلك يتم اختياره بدقة ويتم تدريبه على العملية الإرشادية ، ويعمل في ضوء ميثاق للأخلاق خاص بالمهنة .

4- الإرشاد النفسي عملية ، بمعنى أنه ليس موقفاً عارضاً أو يتم بطريقة عشوائية ولكنه عملية مخططة تتم في شكل منظومة منطقية .

5- يتم تقديم الخدمات الإرشادية (في الغالب) من خلال علاقة إنسانية مهنية ديناميـة هادفة تتم وجهاً لوجه بين مرشد نفسي ومسترشد (قد يكون أكثر من مسترشد في حالة الإرشاد الجماعي) ، وقد يتم تقديم الخدمات الإرشادية من خلال وسيط بين المرشد النفسي والمسترشد مثل الوالدين والمعلم .

6- الإرشاد النفسي ذو طبيعة نمائية حيث يعمل على رعاية مظاهر النمو المختلفة (الجسمية، العقلية ، الانفعالية ، الاجتماعية) ثم يعمل على تسهيل عملية النمو بإزالة معوقات النمو وتنمية الإمكانيات والقدرات وإشباع الحاجات .

7- الإرشاد النفسي ذو طبيعة وقائية بمعنى : أنه يعمل على منع حدوث المشكلة أو الاضطراب وذلك بإزالة الأسباب أو الكشف المبكر عن الأعراض أو التقليل من الآثار المترتبة من المشكلة ، وتتمثل الإجراءات الوقائية بتوفير كل ما يلزم لتحقيق الذات وزيادة الوعي والفهم وإشباع الحاجات ومعرفة الحقوق والواجبات، وتحقيق التوازن بين مصالح الشخص ومصالح المجتمع ويتم ذلك في كل قطاعات ومؤسسات المجتمع مثل المدرسة والأسرة والمصنع ووسائل الإعلام ... الخ .

8- الإرشاد النفسي ذو طبيعة تعليمية، بمعنى أنه يساعد المسترشد على تعلم كيفية تحديد مشكلته وعرضها ومعرفة أسبابها وآثارها، ثم تعلم طرق تفكير إيجابية جديدة واكتساب أنماط سلوكية جديدة.

9- الإرشاد النفسي ذو طبيعة علاجية بمعنى أنه يعالج المشكلات السلوكية والاضطرابات الانفعالية والمشكلات المرتبطة بالنمو والصعوبات المرتبطة بالتعلم .. إلخ (محمد سعفان، 2001 (أ) ، 44-46).

رابعاً : الإرشاد النفسي علم وفن :

مناقشة موضوع الإرشاد النفسي كعلم وكفن من الموضوعات التي يجد المؤلف صعوبة في مناقشتها والسبب في ذلك أن هذا الموضوع لم يأخذ حقه في المناقشة والتوضيح مثل موضوعات الإرشاد النفسي الأخرى ، وإذا تمت الإشارة في بعض المؤلفات إلى أن الإرشاد النفسي علم وفن، فيكتفي عند التوضيح بأنه علم لأنه يقوم على أسس علمية دون مناقشة الشروط التي تجعل منه علماً ، وأنه فن لأنه يستخدم الأسس الفنية عند التطبيق ، وأعتقد أن توضيح لماذا هو فن بهذا الشكل قد زاد المشكلة صعوبة ؛ لأنه لم يقدم لنا نماذج من الممارسات التي تؤكد لماذا هو فن؟

وفي هذا الجزء سوف أعرض لهذا الموضوع من خلال تقديم تصور له وأتمنى أن يلقى هذا الموضوع اهتماماً من قبل المتخصصين في السنوات القادمة ؛ حتى يزداد وضوحاً وتحديداً .

الموضوع الأول : الإرشاد النفسي علم :

ناقشت موضوع الإرشاد النفسي كعلم في كتاب سابق (محمد سعفان ، 2001 (أ) ، 27 – 43) وسوف أعرض ملخصاً له في هذا الجزء كالآتي :

العلم Science بوجه عام هو : نشاط إنساني منظم يهدف إلى دراسة الظواهر والعمليات في الطبيعة وفي الفرد وفي المجتمع ، من حيث خصائصها وعلاقاتها وقانونيتها .

والعلم بوجه خاص هو : دراسة ذات موضوع محدد ومناهج محددة وأهداف محددة يسعى إلى تحقيقها . والموضوع والمناهج والأهداف هي الشروط الثلاثة للعلم .

ولكي نقرر مدى صحة تصنيف الإرشاد النفسي ضمن العلوم وتسميته بعلم النفس الإرشادي نتابع بالدراسة إلى أي مدى تتوافر شروط العلم الثلاثة : الموضوع والمناهج والأهداف ، ثم نعرض لأهم الأسس التي يقوم عليها الإرشاد النفسي :

1- موضوع الإرشاد النفسي :

موضوع الإرشاد النفسي هو "الإنسان" ، وإذا كان الإنسان محور اهتمام العلوم الإنسانية ، فإن خصائص الإنسان محور اهتمام الإرشاد النفسي (المسترشد)، هو من لديه مشكلات سلوكية أو مشكلات تعليمية أو اضطرابات انفعالية لم تصل إلى درجة التعقيد ، وليست ناتجة عن عيوب بيولوجية أو فسيولوجية أو نيرولوجية.

ورغم وجود المشكلات والاضطرابات لدى المسترشد الذي يتعامل معه الإرشاد النفسي ، إلا أن المسترشد يكون مازال لديه وعي بذاته ولديه درجة من قوة الإرادة يمكن تقويتها وإعادة توجيهها ، كما يمكنه تكوين رؤية واضحة لحدود حقوقه وواجباته وإمكانياته وأهدافه وميوله وذلك بعد أن يتم مساعدته على إعادة استبصاره بذاته وإعادة فهمه للعمليات العقلية التي يمارسها ، وفهم ظروف ومتطلبات البيئة التي يعيش فيها ، كما يمكنه إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين بعد أن يتم تدريبه على اكتساب المهارات الاجتماعية وتقبل الآخر ، بالإضافة إلى معارف وسلوكيات أخرى سنشير إليها فيما بعد.

معنى ذلك أن الإنسان محور اهتمام الإرشاد النفسي أقرب إلى السواء، لأن لديه إمكانات وطاقات نمو وعقل ولكن توجد عقبات أو مشكلات أو اضطرابات تعوق تحقيق ذلك ، في هذه الحالات تقدم خدمات الإرشاد النفسي لإزالة العقبات وحل المشكلات وخفض الاضطرابات وتسهيل عملية النمو.

عندما تقدم خدمات الإرشاد النفسي يتم الاهتمام بالجوانب الإيجابية في الشخصية ولذلك يتم التركيز على السواء في الأشخاص العاديين وغير العاديين ومن الأمثلة على ذلك :

- ننظر إلى الطفل المتأخر دراسياً بأنه يمتلك قدرات عقلية يمكن إعادة توظيفها ، حتى يتحسن التحصيل الدراسي لديه .
- ننظر إلى المراهق المنعزل اجتماعياً بأن لديه قدرات إيجابية وسمات نفسية مثل ميوله الشعرية ، أو غيرها ، يمكن التركيز عليها وتوظيفها عند تواجده مع الآخرين حتى تزداد ثقته بنفسه ويعدل سلوك العزلة الاجتماعية إلى التعامل مع الآخرين وتقبل الآخرين.

وعندما نتعامل مع جوانب القصور أو المشكلات والاضطرابات يتم التعامل معها على أنها متغيرة عكس العلاج النفسي الذي يتعامل معها على أنها شبه ثابتة .

والخلاصة في هذا الجانب أن المسترشد محور اهتمام الإرشاد النفسي هو إنسان أقرب إلى السواء .

2- مناهج الإرشاد النفسي :

لا يمكن أن نطلق على النشاط الإنساني صفة العلم بدون أن يكون له منهج، لأن المعرفة التي نحصلها أو نتوصل إليها باستخدام المنهج هي ما نسميها المعرفة العلمية ، والإرشاد النفسي له ثلاثة مناهج هي : المنهج الإنمائي والمنهج الوقائي والمنهج العلاجي ، وفي هذا الجزء نشير إلى كل منهج على حدة كالآتي :

أ- المنهج الإنمائي Developmental Method:

نستخدم هذا المنهج عند التعامل مع الأشخاص بهدف تدعيم الإيجابيات وتعديل السلبيات وإزالة العقبات التي تعوق مسار النمو الطبيعي ورفع كفاءة الشخص إلى أقصى حد ممكن ، ومن الخدمات الإرشادية للمنهج الإنمائي ما يلي :

- توفير كل العناصر والظروف التي تحقق التكامل بين مظاهر النمو عبر مراحل النمو المختلفة.
- التعرف على الحاجات في كل مرحلة نمائية وتوفير الإمكانيات والفرص المناسبة لإشباعها.
- التعرف على إمكانيات وميول واتجاهات الشخص وتنميتها لتكوين شخصية قوية فعالة ومنتجة .

في ضوء طبيعة المنهج الإنمائي والخدمات التي يقدمها يتبين أنه يتعامل مع الأسوياء وأنه نظري في أغلب الأحوال .

ب- المنهج الوقائي Preventive Method :

يهدف المنهج الوقائي إلى منع حدوث المشكلة ، لتقليل الحاجة إلى العلاج ؛ ولذلك يطلق عليه منهج التحصين النفسي ، وله ثلاثة مستويات للوقاية هي :

- الوقاية في المستوى الأول : تتضمن إزالة الأسباب التي تؤدي إلى المشكلة.
- الوقاية في المستوى الثاني : تتضمن الكشف المبكر أو التشخيص المبكر للمشكلة للسيطرة عليها ومنع تطورها .
- الوقاية في المستوى الثالث : تتضمن تقليل الآثار الناتجة عن حدوث المشكلة .

وتتعدد الخدمات الإرشادية التي تقدم لتحقيق أهداف المنهج الوقائي مثل : الخدمات التربوية ، والخدمات الصحية والخدمات الأسرية والخدمات المهنية التي تقدمها مراكز رعاية الطفولة والخدمات التي تقدمها وسائل الإعلام .

في ضوء طبيعة المنهج الوقائي والخدمات التي يقدمها يتبين أنه يهتم بالأسوياء أكثر من اهتمامه بالذين يعانون من مشكلات أو اضطرابات خاصة في المستويين الأول والثاني .

جـ- المنهج العلاجي Remedial Method :

عندما تحدث المشكلات أو الاضطرابات وتصبح الخدمات الإرشادية التي تقدم من خلال المنهج الإنمائي أو المنهج الوقائي غير كافية أو غير فعالة في هذه الحالة تكون الحاجة إلى الخدمات الإرشادية العلاجية .

وفي ضوء طبيعة المنهج العلاجي والخدمات التي يقدمها يتبين أنه يحتاج إلى مرشد نفسي متخصص مهنياً ولديه خبرة ومهارة في التشخيص والتخطيط للبرامج الإرشادية وتنفيذها وتقويمها . والمنهج العلاجي أكثر المناهج تكلفة في الوقت والجهد والمال ، كما أن نتائجه غير متحققة بدرجة عالية في كل الحالات .

3- أهداف الإرشاد النفسي :

يمثل الهدف مشروعاً للعمل كما أنه يعكس حاجة المسترشد إلى تعلم طريقة في التفكير أو تعديل في اتجاهاته وأنماط تفكيره أو فعل شيء ما ، ومن المنطقي أنه قبل الشروع إلى فعل شيء ما من أجل تحقيق الهدف يتم تصور الهدف في العقل ويتم تحديد الأدوات والأساليب والطرق اللازمة لتحقيقه .

والأهداف في مجال الإرشاد النفسي قد تخص المرشد النفسي وذلك عندما يضع هدفاً يختبر به قدراته المهنية ، وبجانب الأهداف التي تخص المرشد النفسي ، توجد أهداف أخرى تخص المسترشد وهي محور اهتمام المناقشة الحالية .

يوجد اتفاق بين المتخصصين في مجال الإرشاد النفسي على تقسيم الأهداف إلى أهداف عامة وأهداف خاصة ، الأهداف العامة يتم تحقيقها بطريقة غير مباشرة ، أي دون أن يوضع لها إجراءات إرشادية مباشرة ومحددة ، وتتحقق في الغالب نتيجة تحقيق الأهداف الخاصة المرتبطة بالمشكلة والتي يوضع لها برامج خاصة . ونشير إلى النوعين كالآتي :

أ- الأهداف العامة :

لأغراض عملية يمكن تقسيم الأهداف العامة إلى الأنواع التالية :

1- تحقيق الذات ، ويتم ذلك عن طريق التعرف على طاقات وإمكانيات المسترشد وتقدير جوانب القوة والضعف في شخصيته ثم توظيف جوانب القوة وتعديل جوانب الضعف وزيادة الثقة بالذات والتعامل مع المواقف بإيجابية وإيجاد معانٍ لها قيمة في حياته وغرس الأمل في المستقبل .

2- تحسين العملية التعليمية ، ويتم تحقيق ذلك عن طريق توفير مناخ ملائم للعملية التعليمية وإثارة دافعية المتعلم وإشباع حاجاته ، والتعرف على المشكلات السلوكية والاضطرابات الانفعالية والمشكلات المرتبطة بالتعليم وتقديم خدمات إرشادية لحلها .

3- تحقيق النمو المهني والتوافق المهني ، ويتحقق ذلك عن طريق تقديم خدمات إرشادية في محاور ثلاثة كما يلي :

أ- التربية المهنية ، وهي تهدف إلى إعداد الشخص إعداداً مهنياً من خلال المناهج الدراسية والأنشطة الصفية واللاصفية ، وهي تبدأ مع مراحل التعليم وتستمر معه ، وبجانب التربية المهنية التي تهتم بالمتعلم يوجد أيضاً تربية مهنية تهتم بالعاملين في المؤسسات والهيئات والشركات ... الخ (أي في كل مجال مهني) ، وتقدم الخدمات لهم قبل الالتحاق بالعمل أو أثناء ممارسة العمل .

ب- الاختيار المهني : تقدم الخدمات في هذا الجانب بهدف مساعدة الشخص على اختيار مهنة تناسب قدراته وميوله وتشبع حاجاته وتحقق له الرضا الوظيفي ، وتتركز الخدمات هنا في تحليل الشخص وتحليل المهن الموجودة ثم إتمام المواءمة المهنية ؛ ليتم وضع الشخص المناسب في المكان المناسب .

جـ- التأهيل وإعادة التأهيل المهني : تقدم الخدمات في هذا الجانب إلى الأشخاص الذين لديهم إعاقة ما في مراحل النمو الأولى ، فيتم اكتشاف

قدراتهم المتبقية وتنميتها مهنياً في الاتجاه المناسب ، وهذا ما يُعرف بالتأهيل كما تقدم الخدمات أيضاً إلى الأشخاص الذين أصبح لديهم إعاقة ما بعد ممارسة العمل ، في هذه الحالة يتم إعادة تأهيلهم لممارسة عمل مناسب بديل في ضوء القدرات والإمكانيات لديهم .

4- تحقيق التوافق الاجتماعي : ويتم تحقيق ذلك عن طريق مساعدة المسترشد على معرفة الآخرين وتقبلهم والثقة فيهم والتفاعل معهم بايجابية وأن يحسن الظن بهم من أجل تحقيق توافقه الاجتماعي والذي نستدل عليه من الشعور بالأمان والاطمئنان عند التفاعل مع الآخرين وتجنب رفضهم الاجتماعي .

5- تحقيق الصحة النفسية : تقدم الخدمات في هذا الجانب للوصول بالمسترشد إلى أفضل الدرجات حيث يتم مساعدة المسترشد على تحقيق التطابق بين أقواله وأفعاله وبين سلوكه الظاهر وسلوكه غير الظاهر . وفي ضوء معايير الصحة النفسية ، يجب أن ننتبه إلى أن عدم تحقيق الصحة النفسية بالمفهوم المثالي لها ليس معناه أن الإرشاد النفسي لم يحقق أهدافه ولكن عندما نساعد المسترشد على خفض الصراع بين دوافعه الشعورية واللاشعورية وتدريبه على إشباع حاجاته بالطرق الإيجابية في المكان المناسب والزمان المناسب ، فإن ذلك يعتبر حلولاً واقعية لتحقيق الصحة النفسية وهو مستوى يسبق مستوى المثالية .

ب- الأهداف الخاصة :

الهدف الخاص هو الذي يرتبط بالمشكلة لأنه يصف السلوك المطلوب تحقيقه لحل المشكلة ، وفي ضوء تحديد الهدف الخاص يتم التخطيط للبرنامج الإرشادي المناسب لحل هذه المشكلة. وفي العادة يتم تقسيم الهدف الخاص إلى أهداف فرعية خاصة يتم تحقيق كل منها في جلسة إرشادية أو أكثر ، وفي ضوء الهدف الفرعي يتم تحديد الأنشطة المباشرة ودرجة الجهد اللازمة لإحداث التغييرات، وتحقيق الأهداف الفرعية هو تحقيق للهدف الأصلي الخاص الذي

يتضمن هذه الأهداف . وسوف نعرض للأهداف الخاصة بالتفصيل لاحقاً (في الفصل الخامس). في ضوء ما سبق اتضح مدى توفر الشروط الثلاثة في الإرشاد النفسي (الموضوع، المنهج ، الهدف) والتي تؤكد على أن الإرشاد النفسي علم .

يضاف إلى الشروط الثلاثة ، أن الإرشاد النفسي يقوم على أسس علمية مستفيداً بذلك من فروع علم النفس النظرية والتطبيقية ، ونشير بإيجاز إلى هذه الأسس كالتالي :

● **أسس الإرشاد النفسي :**

تقدم الخدمات الإرشادية في ضوء أسس يتطلب مراعاتها عند تقديم هذه الخدمات ومن أهم هذه الأسس (محمد سعفان ، 2001 (أ) ، 21 – 26).

1- ثبات السلوك الإنساني إلى حد ما وفي ضوء هذا يمكن استنتاج ما سيكون عليه السلوك في المستقبل ، ما لم تطرأ ظروف تؤدي إلى تغير سلوك المسترشد مثل النضج وعوامل أخرى خارجية . وهذا الأساس له قيمته في بناء البرنامج الإرشادي .

2- مرونة السلوك الإنساني وقبوله للتعديل، وفي ضوء هذا يتم وضع البرامج الإرشادية ؛ لأن السلوك المرن هو السلوك القابل للتعديل ، والسلوك القابل للتعديل في الإرشاد النفسي هو السلوك المكتسب الذي تم تعلمه . وليس هناك تعارض بين ثبات السلوك نسبياً ومرونته ، لأن ثبات السلوك نسبياً خاصة المكتسب يمكن تعديله من خلال البرامج الإرشادية خلال فترة زمنية محددة .

3- تختلف آثار المشكلة (النفسية ، الاجتماعية ، الأخلاقية) باختلاف مصدرها ، وهذا يحتم ضرورة معرفة مصدر المشكلة ، وأي مشكلة يمكن أن يكون مصدرها العادات والتقاليد أو القوانين الوضعية أو ضمير المسترشد أو أوامر ونواهي الدين . هذا الفهم لمصادر المشكلة يحدد مقدار عبء المشكلة على

المسترشد ، مثال على ذلك السلوك الذي يصدر من العادات أقل تأثيرا من السلوك الذي يصدر ضد أوامر ونواهي الدين .

4- يتوقف نجاح العملية الإرشادية على عدة عوامل بعضها خاص بالمسترشد وبيئته والبعض الآخر خاص بالمرشد النفسي للمسترشد .

من العوامل الخاصة بالمسترشد : قدراته واتجاهاته نحو الإرشاد النفسي والمرشد النفسي وسمات شخصيته ودافعيته وقوة إدراته للتغيير .

من العوامل الخاصة ببيئة المسترشد : خصائص البيئة الاجتماعية والتعليمية للمسترشد وكذلك خصائص البيئة الطبيعية (مثل الضوء والحرارة) والبيئة الإنشائية (مثل المنزل والمدرسة) .

من العوامل الخاصة بالمرشد النفسي : إعداده وكفاءته المهنية واتجاهاته نحو المسترشد والتزامه بمسئولياته المهنية والاجتماعية .

5- توجد فروق داخل الشخص نفسه وبين الشخص والآخرين وبين الجنسين وهذه الفروق توجد على أشكال مختلفة كالآتي :

أ- فروق داخل الشخص نفسه في خصائصه الجسمية والانفعالية والعقلية والاجتماعية ، وهذه الفروق غير ثابتة ولا تسير بخطى متشابهة أو متوازية، فقد تسرع بعض الخصائص على غيرها في معدل النمو .

ب- فروق بين الأشخاص سواء في قدراتهم أو استعدادهم أو ميولهم أو في سمات شخصيتهم.

جـ- فروق بين الجنسين في بعض مظاهر النمو والميول والاهتمامات وفي الاستعدادات وطاقة العمل ، ونوع المشكلات أحياناً .

6- السلوك فردي واجتماعي معاً ، حيث يهتم الإرشاد النفسي عند التشخيص بفهم موقع مشكلة المسترشد من الفردية والاجتماعية ثم العمل على إحداث التوازن

بينها ، وبدون ذلك تحدث مشكلات سلوكية لها أشكال ومستويات مختلفة منها ما يلي :

أ- ذوبان الشخص في المجتمع ، الشخص هنا يفتقد إلى الهوية والأصالة والاستقلالية .

ب- تلاؤم الشخص مع المجتمع ، الشخص هنا لا ينعزل ولكنه لا يكترث بالأحداث الجارية في المجتمع .

جـ- عزلة الشخص السلبية ، حيث ينعزل الشخص ولكن لا يميل إلى الثورة .

د- عزلة الشخص الإيجابية ، حيث ينعزل الشخص ولكن يظل لديه اهتمامات اجتماعية .

دور الإرشاد النفسي تحقيق التوافق بإيجابية بإحداث التوازن بين الفردية والاجتماعية، ومن أهم أشكاله مشاركة المسترشد الآخرين بفعالية مع الاحتفاظ بفرديته .

الموضوع الثاني : الإرشاد النفسي فن :

يتم الإعداد العلمي والمهني للمرشدين النفسيين ، وعند الممارسة الفعلية للعملية الإرشادية وإدارة الجلسات نجد فروقاً فردية بينهم ، ومن المنطقي أن يكون لهذه الفروق أسباب عديدة ومنها كفاءة المرشد النفسي في ترجمة ما تم تعلمه وتدرب عليه إلى طريقة واضحة وسهلة واقتصادية ومحددة ، ويضاف إلى ذلك المرونة والانفتاح بقبول التغيير والانفتاح على كل جديد ومعالجة الأفكار والسلوكيات الطارئة (غير المخطط لها) بحكمة وتوازن انفعالي ، ويضاف إلى ذلك أيضاً التمييز بين العلاقة المهنية والعلاقة العادية ؛ هذه الممارسات هي بعض من كل مما نطلق عليه الفن في ممارسة مهنة الإرشاد النفسي . ومعنى ذلك بطريقة أخرى أن السجل الأكاديمي للمرشد النفسي لا يكفي ولا يضمن له أن يمارس مهنة الإرشاد النفسي بكفاءة.

وفي هذا الجانب نشير إلى بعض الممارسات التي توضح الجانب الفني في ممارسة مهنة الإرشاد النفسي كالتالي :

1- تعلم وممارسة لغة خاصة بالإرشاد النفسي :

إن أهم ما يميز العلم هو أن يكون لـه لغة خاصـة محددة ودقيقة تعبر عن مفاهيمه وأسسه وأدواته ومجالاته وخطواته وبرامجه والنتائج التي توصل إليها وتفسيرها ؛ وعلى ذلك فإن المنطق يحتم على المرشد النفسي تعلم لغة الإرشاد النفسي الخاصة وترجمتها إلى إجراءات فعلية سواء عند ممارسة العملية الإرشادية أو عند إجراء البحوث .

الارتقاء اللغوي الخاص بالمهنة يؤدي حتماً إلى بحوث أكثر دقة وتفصيلاً كما يؤدي إلى سهولة التواصل مع زملاء المهنة والدوائر العلمية ، ويختصر الكثير من الجهد عند الوصف والتحليل والتفسير .

يلاحظ أن ليس من السهل إيجاز تعقد السلوك الإنساني في كلمات بسيطة ، خاصة وإن السلوك الإنساني مشحون بالانفعالات كما أنه تصوري في الغالب ، مثل مفاهيم الأنا الأعلى ، عقدة التفوق ، العلاج القائم على المعنى ، مهمة المرشد النفسي في هذه الحالة توضيح مثل هذه المفاهيم خاصة عندما يتعامل مع مسترشد ليس لديه خلفية ثقافية تساعده على فهم دلالات هذه المفاهيم .

يوجد في الاتصال اللغوي ثلاثة مستويات أو مجالات يمكن وصف الظواهر النفسية عندها كالتالي :

أ- مستوى أو مجال الممارسة اليومية Everyday Practice :

يجب على المرشد النفسي في هذا المستوى أن يستخدم لغة مفهومة عند توجيه الأسئلة والتعقيب عليها أو عند الاستفسار عن بعض الموضوعات . ومن الممكن للمرشد النفسي في هذه الحالة أن يتعرف على أغلب الألفاظ الشائعة في وصف السلوك مثل :

- صاحب المشكلة بدلاً من المسترشد .

- يتحمل المسئولية بنفسه بدلاً من الإرشاد غير المباشر .

- الشعور بالخوف المبالغ فيه من الموت بدلاً من الوهن النفسي المرتبط بالموت .

ب- المجال المهني والإداري Professional Administrative : Communication

يستخدم المرشد النفسي في هذا المجال مصطلحات علمية محددة وذلك عندما يكتب تقاريره ويحضر الاجتماعات ويشارك في وضع البرامج الإرشادية ، والألفاظ المستخدمة في هذا المجال تختلف عن الألفاظ المستخدمة في المجال الأول. ومن أمثلة المصطلحات العلمية في هذا المجال : الإرشاد المباشر ، الإرشاد غير المباشر ، الفروض العلمية ، المعالجة الإحصائية ، الإحالة، تحليل السلوك .

جـ- مجال النظريات :

يستخدم المرشد النفسي في هذا المجال المفاهيم التي وضعها واضع النظرية للاحتفاظ بدلالة هذه المفاهيم . ومن الأمثلة على ذلك :

في نظرية التحليل النفسي لدى "فرويد" نجد مفاهيم محددة مثل : الغرائز ، الشعور ، اللاشعور ، ما قبل الشعور ، ميكانيزمات الدفاع ، الحصر ، الصراع ، الليبيدو ، عقدة أوديب، الماسوكية ، مبدأ اللذة ، مبدأ الواقع ، التثبيت ... الخ ، وفي نظرية العلاج المتمركز حول المسترشد لدى " كارل روجرز " (يطلق عليه أيضاً الإرشاد غير المباشر) نجد مفاهيم محددة مثل : تحقيق الذات ، الخبرة ، الانفتاح ، الإدراك ، النضج ، التقدير الإيجابي، الإطار المرجعي ، اعتبار الذات ، التطابق بين الذات والخبرة ... الخ .

2- تطبيق أدوات التشخيص بكفاءة :

يتم أثناء مرحلة الإعداد المهني للمرشد النفسي تدريبه على إعداد وتطبيق أدوات التشخيص مثل المقابلة والملاحظة ودراسة الحالة والاختبارات النفسية ، ولكن أثناء ممارسته للمهنة يكون عليه مسئوليات أخرى تتطلب خبرات ومهارات إضافية تجمع بين المعرفة العلمية والخبرات المهنية ومن هذه المسئوليات ما يلي :

أ- إمكانية التفضيل بين أدوات التشخيص في قياس وتقويم المشكلة والمسترشد ويكون هذا التفضيل في ضوء معايير : الثبات والصدق والموضوعية ووضوح التعليمات ومناسبة الأداة للمسترشد .

ب- معرفة وممارسة أساليب التفسير المناسبة التي تعطي للتشخيص دلالة وقيمة ومنها التفسير الوصفي والتفسير التحليلي والتفسير الذي يجمع بين الاثنين .

جـ- عند تطبيق أكثر من أداة يتم تنظيم المعلومات التي تم جمعها في وحدة كلية واحدة والكشف عن العامل المشترك بينها الذي نقيم عليه التشخيص ؛ على أن يتم تحديد دلالة العلاقة بين الجزء والجزء الآخر وبين الأجزاء والكل .

3- إدارة جلسات الإرشاد النفسي :

إدارة جلسات الإرشاد النفسي منظومة فرعية لمنظومة أكبر وهي العملية الإرشادية ونقصد بإدارة الجلسة : تهيئة مناخ الحرية والديموقراطية للمسترشدين للتعبير عن اتجاهاتهم ومعتقداتهم مع تدريبهم وإقناعهم على تقبل اتجاهات ومعتقدات الآخر ومناقشتها . مع إشراكهم في التخطيط للبرامج الإرشادية ، وتقييمها عند تنفيذها وبعد الانتهاء من تنفيذها . ولكي تكون إدارة الجلسة فعالة لابد وأن تتم في ظل نظام ومسئولية وألا يشعر المسترشدون أن النظام مفروض عليهم بالقوة كما يتم تعليمهم معنى المسئولية وحدودها ، وأهمية سلوك المسئولية مع الحرية ؛ لأن الحرية بدون مسئولية تصبح فوضى وعشوائية .

إدارة جلسات الإرشاد النفسي بكفاءة تتطلب وجود مرشد نفسي فعال Effective ، ويمكن تحليل سلوك المرشد النفسي الفعال إلى عناصر نشير إلى أهمها كالآتي :

أ- يُظهر للمسترشدين أنه يهتم بمشكلتهم ، ومن المهم أن يشعر المسترشدون بذلك ، ويستدلون عليه في أقواله وأفعاله .

ب- يستخدم أسلوباً مرناً إيجابياً تشاركياً في إدارة الجلسة .

جـ- يقلل من أثر المشكلات الناتجة عن تنظيم الجلسة ، والمقاطعات بين الأعضاء ، ومحاولات بعض الأعضاء السيطرة على الجلسة ، ولجوء البعض الآخر إلى السلبية وعدم المشاركة .

د- يزود المسترشدين بنماذج للسلوكيات الإيجابية المتوقعة منهم حتى يتم تنفيذ البرنامج الإرشادي بكفاءة وتحقيق الأهداف الخاصة للبرنامج .

هـ- يساعد على العمل والتعلم التعاوني ، لأن العمل التعاوني يساعد على اكتساب المعارف وتنمية المهارات وهذا يساعد على حل المشكلة في وقت أقل وبكفاءة أفضل ، ومن المهم أن يشرح المرشد النفسي للمسترشدين أهمية العمل والتعلم التعاوني ، وأن يخطط للأنشطة التي تقلل من حدة المنافسة بين الأعضاء ، ويعمل على إيجاد الفرص للعمل التعاوني ، وأن يضع خططاً بديلة لمواجهة المشكلات المحتملة .

و- يخطط للاستخدام الأمثل للوقت بما يحقق المشاركة الإيجابية وتبادل الخبرات ، وتحقيق الأهداف الخاصة للجلسة ، ويتم توزيع الوقت المناسب في ضوء عدة عوامل منها : الأنشطة المخطط لها ، عدد الأعضاء (في الإرشاد الجماعي) ، الفنيات الإرشادية المستخدمة في الجلسة ... الخ . وسوف نضيف المزيد في هذا الجانب عند معالجة موضوع إدارة جلسات الإرشاد (الفصل السادس) .

4- ممارسة الأنماط السلوكية الملائمة في حدود العلاقة المهنية :

عندما يقيم المرشد النفسي علاقة مهنية إنسانية مع المسترشد ، يجب عليه أن يميز بين العلاقة المهنية والعلاقة الأبوية فلا يعتقد أن الأنماط السلوكية التي يمارسها مع أبنائه تصلح مع المسترشدين ، فعلى سبيل المثال إذا استخدام أسلوب العقاب (البدني أو المعنوي) مع ابنه في المنزل وتقبل الابن ذلك فإن ذلك لا يصلح مع المسترشد ؛ لأن فهم المسترشد لطبيعة العلاقة بينه وبين المرشد النفسي تختلف عن فهم الابن لطبيعة العلاقة بينه وبين الأب، فالعلاقة بين الأب والابن يحكمها ضوابط غريزية ودينية واجتماعية وانفعالية وعقلية ؛ ولذلك فهي علاقة قوية ومستمرة ودائمة حتى وإذا سادها الاضطراب لبعض الوقت . كما أن الأب يعطي الابن الحب والدفء والحماية، وإدراك الابن لهذا العطاء يوجد لديه مبرراً لتقبل عقاب الأب طالما أن الهدف في النهاية تربية الابن . والخلاصة ، أن العلاقة بينهما إنسانية خالصة.

أما العلاقة بين المرشد النفسي والمسترشد فهي علاقة مهنية ، حتى وإن كانت تتصف بأنها إنسانية . ومن مبادئ الإرشاد حق المسترشد في تقرير مصيره ، وفي ضوء ذلك يكون من حق المسترشد أن ينهي العلاقة في أي وقت ، فإذا تعرض المسترشد لأي سلوك فيه إيذاء لذاته أو إذا شعر أن بيئة الجلسة منفرة أو أدرك أن المرشد النفسي أصبح رمزاً للسلطة والعقاب ، أو أنه منشغل بتصيد الأخطاء للمسترشد ؛ في هذا الحالات يمكن للمسترشد أن ينهي العلاقة الإرشادية في أي وقت . والخلاصة أن العلاقة بين المرشد النفسي والمسترشد علاقة مهنية إنسانية .

5- المرونة :

المقصود بالمرونة هنا عدم التزام المرشد النفسي بما تعلمه وتدرب عليه التزاماً مطلقاً وعدم رفضه لأي معرفة أو مهارة جديدة بحجة أنه لم يتعلمها أو لم يتدرب عليها .

ونشير إلى بعض الممارسات التي ندلل بها على وجود خاصية المرونة لدى المرشد النفسي كما يلي :

أ- إعادة اختيار أداة إرشادية أو أسلوب إرشادي أو طريقة إرشادية لتحقيق نتائج أفضل .

ب- التعامل مع المسترشد من منطق أنه في حاجة إلى معارف وخبرات جديدة خارج نطاق ما خُطط له في الجلسة الإرشادية ، لأنه من الصعب تصور أن دور المرشد النفسي محصور في تنفيذ ما خطط له حرفياً ورفض أي جديد ، وكأنه يحمل حقيبة من المعارف والإجراءات ويسعى إلى تنفيذها حرفياً .

جـ- مراجعة التشخيص بشكل مستمر ، وإذا ثبت عدم الدقة في التشخيص أو ظهور دلائل أخرى تتطلب إعادة التشخيص يتم مراجعة التشخيص .

د- مراجعة مدى تحقيق الأهداف الإرشادية الخاصة بكل جلسة إرشادية ، فإذا وجد أنه لم يحقق كل أو بعض هذه الأهداف فعليه تقييم أسباب عدم التحقيق وفي ضوء هذا التقييم يتم التعديل أو التغيير أو الإضافة .

6- إتاحة فرص تعلم للمسترشدين :

المرشد النفسي الفعال هو الذي يتيح للمسترشدين فرصاً أكثر ليشعروا بالمسئولية وينقلوا ما تعلموه في الجلسة من معارف ومهارات إلى ممارسات واقعية في الحياة اليومية ، وإتاحة فرص التعلم يتطلب من المرشد النفسي ممارسة السلوكيات الآتية :

أ- تشجيع المسترشدين على تناول مشكلتهم بموضوعية وبطرقهم الخاصة .

ب- يبين للمسترشدين أهمية جمع أفكارهم واتجاهاتهم نحو المشكلة وطرق حلها مع تشجيع الحلول الإيجابية لحل المشكلة .

جـ- يبين للمسترشدين الطرق العلمية لحل المشكلة ويتم المقارنة بين الحلول التي عرضها المسترشدون والطرق العلمية لتحديد جوانب التشابه والاختلاف بينها وإمكانية دمج الحلول المقترحة في البرنامج الإرشادي .

د- إشراك المسترشدين في تقييم البرنامج والأهداف الخاصة التي تم تحقيقها .

7- تحقيق تكافؤ الفرص :

من المهم في مجال الإرشاد النفسي تحقيق تكافؤ الفرص بين المسترشدين ، ويتم تحقيق ذلك بالسلوكيات الآتية :

أ- تجنب تكوين الجماعة الإرشادية بحسب المستوى الاقتصادي والاجتماعي أو المظهر الشخصي ، أو نسبة الذكاء (خاصة وإن كانت الفروق في الذكاء غير واسعة) ، وفي حالة إرشاد الأطفال يتم تجنب تكوين الجماعة الإرشادية في ضوء الجنس أو العنصر بالإضافة إلى العوامل السابقة .

ب- يساعد المسترشدين على أن يتصرفوا ويتفاعلوا معاً بايجابية حتى يغيروا اتجاهاتهم إلى المساواة ، وإذا ظهرت فروق بين الأعضاء في سمات الشخصية أو في جوانب أخرى ، فيجب احترام هذه الفروق لأنها مبدأ نفسي عام بين الأفراد ، كما أن هناك جوانب تشابه بينهم أخرى يمكن التركيز عليها .

جـ- أن يكون المرشد النفسي نموذجاً طيباً في عمله مع المسترشدين وأن يعاملهم بمساواة عند طرح الأسئلة أو توزيع الأدوار والأنشطة وأن يقيمهم بموضوعية.

8- التجديد في المعارف والخبرات :

المرشد النفسي الفعال هو الذي يعرضّ في الجلسة الإرشادية المعارف والخبرات التي تعني شيئاً جديداً للمسترشد وتشبع الفضول لديه ، لأن المسترشد سيكره التكرار أو النصح المباشر الذي تعود على سماعه في الأحاديث اليومية ، ومن أمثلة العبارات التي قد تؤدي إلى الملل أو السخرية تكرار عبارة التدخين ضار بالصحة عند تعديل سلوك التدخين لدى المسترشد. لأن مثل هذه العبارة يسمعها

المسترشد أو يرى لوحات الإعلانات التي تشير إليها بشكل مستمر وفي مواقف كثيرة ، بل قد يصل الأمر إلى السخرية من هذه العبارة عندما نجد المسترشد يلفت نظر المرشد النفسي بأن علبة السجائر مكتوب عليها التدخين ضار بالصحة وأن وزارة الصحة وضعت على العلبة ختم شعار وزارة الصحة . المطلوب في هذه الحالات البحث عن معارف جديدة وخبرات جديدة تتضمن شيئاً مفيداً وله دلالة للمسترشد نفسه .

9- فهم أسلوب الحياة Life Style للمسترشد :

من خلال فهم المرشد النفسي لأسلوب حياة المسترشد ؛ يستطيع تحديد الأنشطة المتفاعلة التي يسلكها المسترشد في حياته اليومية لمواجهة مشكلاته أو إدارة حياته اليومية بشكل أفضل ، ومن المهم أن يتعرف المرشد النفسي على العوامل والظروف التي تشكل أسلوب المسترشد الخاص في إدارة حياته ، حتى يمكن تدعيم الإيجابي منها وتعديل السلبي منها ، ومن أهم العوامل والظروف التي تشكل أسلوب إدارة الحياة :

أ- الحالة الصحية للشخص والعادات الصحية .

ب- البيئة بأنواعها (الطبيعية مثل : الأمطار والسيول والجبال ، والإنشائية مثل : المنازل والمدارس ، والثقافية مثل : العادات والتقاليد والأعراف والقوانين ، والأوامر والنواهي الدينية والعبادات) .

جـ- الظروف الاقتصادية : وتشمل الدخل ومصادر الإنفاق والتأمين على الحياة ، وإمكانية الموازنة بين الدخل والاستهلاك .

د- إدارة الوقت ، ويشمل إدارة وقت العمل وإدارة وقت الراحة ، وإدارة وقت التواجد مع أفراد الأسرة والأهل والأصدقاء .

هـ- العامل المعرفي : والذي يحدد اتجاهات الشخص ومعتقداته تجاه المواقف والأحداث ، ولذلك نجده يدير حياته إما بأسلوب إيجابي مثل : المواجهة والتغيير أو بأسلوب سلبي مثل الاستسلام والانسحاب .

10- التركيز على إيجابيات المسترشد :

قد يتعامل المرشد النفسي مع مسترشد لديه ميول عدوانية أو اتكالية أو فتور ، المطلوب من المرشد النفسي في هذه الحالة عدم مواجهة العدوان بمثله أو الفتور بمثله أو مواجهة المشاكل عموماً بالتركيز على سلبيات المسترشد ، ولكن يتم اكتشاف جوانب إيجابية في شخصية المسترشد ويتم توظيفها في حل المشكلة ، وبهذا الإجراء يمكن إعادة ثقة المسترشد في نفسه ونرفع من كفاءته ونشعره بأن له قيمة مثل الآخرين . والمطلوب من المرشد النفسي عند ممارسة هذا الاتجاه التوازن عند إصدار القرارات بمعنى عدم المبالغة في إيجابيات المسترشد أو التقليل من سلبياته .

11- معالجة الخوف والارتباك من المجهول :

المجهول هنا يخص كلاً من المرشد النفسي والمسترشد ويتمثل المجهول بالنسبة للمرشد النفسي في الخوف من أن المسترشد يحاول تغيير شكل العلاقة الإرشادية من علاقة مهنية إلى علاقة زمالة أو علاقة معارف ، وفي مرحلة تالية يبدأ المسترشد في طرح أسئلة على المرشد النفسي تتعلق بأفراد الأسرة وخبرات المرشد السابقة وقد يصل الأمر إلى طلب عمل زيارات لمنزل المرشد ويزداد الخوف في حالات عن غيرها فإذا كان المسترشد من الأحداث الجانحين أو شخصية نرجسية أو من الجنس الآخر أو له سجل تاريخي يتضمن سلوكيات غير أخلاقية ، في مثل هذه الحالات تزداد مخاوف المرشد النفسي بدرجة كبيرة ، المطلوب من المرشد في هذه الحالات معالجة هذه السلوكيات بهدوء وشرح أسباب عدم إعطاء

معلومات خاصة وحدود العلاقة المهنية ، وفي حالات خاصة يكون من حق المرشد النفسي إنهاء عملية الإرشاد .

ويتمثل المجهول بالنسبة للمسترشد ، في أنه يشعر بأن المرشد النفسي لا يحترمه ولا يتقبله ومن الممكن أن يكشف أسراره للآخرين ، ولذلك نجد المسترشد لا يعطي المعلومات الكافية والصادقة ، دور المرشد النفسي في هذه الحالة توفير بيئة إرشادية آمنة ، والتأكيد على مبدأ سرية المعلومات في الإرشاد ، والمهم أن يشعر المسترشد بذلك .

خامساً: الإرشاد النفسي الفردي والإرشاد النفسي الجماعي:

من أنواع الإرشاد النفسي التي تعتمد على عدد المسترشدين في التصنيف الإرشاد الفردي والإرشاد الجماعي وسوف نعرض للنوعين باختصار على النحو التالي :

1- الإرشاد النفسي الفردي: Individual counseling

يُعرف الإرشاد النفسي الفردي بأنه تعامل بين مرشد نفسي ومسترشد (قد يصل عدد المسترشدين إلى ثلاثة)، ويتراوح زمن الجلسة الإرشادية في الإرشاد الفردي ما بين (30-60) دقيقة، وقد يختلف الوقف باختلاف الهدف من الجلسة وطبيعة المشكلة وخصائص المسترشد.

يقوم الإرشاد الفردي على أسس أهمها :

أ- وجود فروق فردية بين الأفراد.

ب- كل مشكلة لها أسباب مختلفة وقد تتطلب إجراءات إرشادية في ظروف خاصة.

يصلح الإرشاد النفسي الفردي مع المسترشد الذي ينظر إلى مشكلاته من زاوية خاصة ويرى أنه لا فائدة من التعامل مع الآخرين ويصلح أيضاً مع المسترشد الذي يشعر بأنه مرفوض من الجماعة والذي لديه ميول انسحابية أو

انطوائية ويصلح أيضا مع المسترشد النرجسي والمسترشد الذي يثير فوضى عند تواجده مع الجماعة.

استخدام الإرشاد الفردي يحقق الكثير من الإيجابيات من أهمها:

أ- إتاحة الفرصة للمسترشد لطرح مشكلته بطريقته الخاصة.

ب- إشباع حاجات المسترشد الفردية.

ج- يمكن من خلاله تناول مشكلات معقدة وتحتاج إلى تركيز شديد مثل كثرة السرحان في الفصل.

د- يمكن من خلاله تناول مشكلات لها طبيعة خاصة مثل الاضطرابات الجنسية والسرقة والكذب، لأن هذه المشكلات تحتاج إلى السرية التامة (محمد سعفان، 2001 (ب)، 175-177).

إذا كانت العملية الإرشادية تقوم على تصميم دراسة الحالة فإن الإرشاد النفسي الفردي هو الذي يُستخدم في هذه الحالة عند التشخيص وعند العلاج، وفي بعض الحالات التي نستخدم فيها الإرشاد الجماعي يمكن استخدام الإرشاد الفردي أيضا كأسلوب مكمل عندما يتطلب الأمر تقديم خدمات إرشادية خاصة لبعض الأعضاء.

2- الإرشاد النفسي الجماعي: Group counseling

تقوم فلسفة الإرشاد النفسي الجماعي على الدور الفعال لتأثير الجماعة على الشخص من حيث إمكانية تغيير سلوكه وأفكاره ومواقفه بجانب المساعدة في تسهيل نموه، وتتشكل الجماعة الإرشادية في ضوء عدة متغيرات مثل الحجم (عدد الأعضاء) والسن والذكاء والجنس ونوع الأعراض. وتشكيل الجماعة في ضوء هذه المتغيرات يختلف باختلاف المرحلة العمرية للمسترشد والبيئة الثقافية، لذلك لن نتعرض حاليا بالمناقشة لهذه العوامل. ونشير فقط إلى أن حجم الجماعة الإرشادية

يزيد عن ثلاثة وأن زمن الجلسة الإرشادية يتراوح ما بين (45-90) دقيقة، وقد يزيد عن ذلك في بعض الحالات.

يقوم الإرشاد النفسي الجماعي على أسس من أهمها :

أ- أن هناك تشابهاً بين الأفراد في سمات الشخصية وبعض المشكلات ونوع الحاجات.

ب- الشخص لا يعيش بمفرده ولكنه في حاجة إلى جماعة يعيش معها ويؤثر فيها ويتأثر بها.

ج- توجد حاجات لا يمكن إشباعها إلا من خلال الجماعة مثل الحاجة إلى الأمن والتقدير الاجتماعي والنجاح والتقبل والانتماء. (محمد سعفان، 2001، (ب) 181-183).

أهداف الجماعة الإرشادية :

يمكن تلخيص أهم أهداف الجماعة الإرشادية كما عرضها ريكي Rickey على النحو التالي:

أ- تعلم كيفية الثقة بالنفس وبالآخرين.

ب- النمو في ظل تقبل الذات.

ج- التقليل من مخاوف المسترشد.

د- تعلم كيفية مواجهة الآخرين.

هـ- زيادة الوعي بالذات وزيادة إمكانية الاختيار والتصرف.

و- تعلم الفرق بين أن يكون لديك أحاسيس ومشاعر وأن تعمل وفق هذه الأحاسيس والمشاعر.

ز- تحرير الذات من القرارات غير الملائمة.

ح- زيادة استعداد المسترشد للاهتمام بالآخرين.

ط- تعلم كيفية العطاء للآخرين.

ي- تعلم كيفية تحمل الغموض (لبعض الوقت) (Rickey, G., 1981, 206).

سادساً : مهنة الإرشاد النفسي : (الإعداد ، التدريب ، الممارسة):

الإرشاد النفسي من فروع علم النفس التطبيقية الذي يقدم خدمات إرشادية للمسترشدين ، ولكي تقدم هذه الخدمات على أسس علمية لابد من إعداد المرشد النفسي المسئول عن تقديم هذه الخدمات ثم تدريبه أثناء الإعداد (يتم إعادة تدريبه أيضاً أثناء ممارسة المهنة) ثم منحه ترخيصاً بممارسة المهنة . وفي هذا الجزء نعرض للجوانب : الإعداد ، التدريب ، الممارسة على النحو التالي :

1- الإعداد والتدريب : Preparation and Training

نستخدم كلمة الإعداد لنعني بها التعليم النظري والتدريب العملي والفني ، ويتم الإعداد في ضوء برامج الإعداد التي تتبناها كلية أو مركز ، وفي مرحلة الإعداد ينبغي أن يدرس الطالب العلوم المرتبطة بالإرشاد النفسي والتي تشكل القاعدة العامة له مثل :

أ) أسس الإرشاد النفسي. ب) أساليب وطرق الإرشاد النفسي ، جـ) العملية الإرشادية ، د) التقويم في الإرشاد ، هـ) مجالات الإرشاد النفسي ، و) برامج الإرشاد النفسي .

بجانب العلوم التي تشكل القاعدة العامة للإرشاد النفسي يدرس الطالب علوماً أخرى مرتبطة بالإرشاد النفسي وهذه العلوم تكون في الغالب فروع علم النفس ومنها :

أ) علم النفس النمو ، ب) علم الاجتماع ، جـ) الصحة النفسية ، د) علم النفس العلاجي ، هـ) علم النفس الإكلينيكي ، و) القياس النفسي والاختبارات النفسية، ز) نظريات الشخصية ، ح) مشكلات الأطفال والمراهقين ، ط) سيكلوجية المسنين.

يتم التدريب الميداني أثناء مرحلة الإعداد وقد يتم أثناء مرحلة الممارسة عندما يتطلب الأمر التدريب على وسائل وطرق إرشادية جديدة أو على برامج إرشادية جديدة . ويتم التدريب Training من خلال نشاط منظم ويمكن تقويمه ويقوم به متخصصون أو هيئة board أو مركز center .

وإذا كان البعض يرى أن بعض الناس علموا أنفسهم وأن الدرجة العلمية لا تضمن تفوق من يقوم بالعملية الإرشادية إلا أن الواقع يثبت أن تقديم خدمات الإرشاد النفسي من خلال برامج إرشادية مخططة يتطلب شخصاً مؤهلاً لأداء هذه المهمة ، كما أن الإعداد العلمي يساعد الشخص على التعبير عن نفسه كمتخصص كفء .

مسئولية المرشد المدرب :

يقوم بالتدريب مرشد نفسي يعمل في مركز أو هيئة أو مؤسسة أو جمعية علمية مهنية تخصصية يكون دورها وضع البرامج والإشراف عليها ، ويمكن وضع برامج التدريب وفق الخطوط العريضة التي تضعها هذه الجهات . من جانب آخر ، فإن المرشدين المسئولين عن تدريب الآخرين ، يجب أن يراعوا مستويات الإعداد التي تعدها الجهات المختصة عالمياً ، مع مراعاة المسئوليات الأخلاقية على النحو التالي (سهام أبو عيطه ، 1988 ، 236 – 237)

أ- توجيه المتدربين إلى ما يجب أن تكون عليه الخدمة أو البرنامج الإرشادي ، مع العمل على تطوير المهارات الإرشادية الأساسية والتي تتعلق بالمستقبل المهني للمهنة قبل أن يبدأ بالبرنامج أو الخدمة الفعلية .

ب- وضع برامج للمتدربين تتصل بالدراسة الأكاديمية النظرية والتدريب الميداني .

جـ- إعداد برنامج يزود المتدربين بأساليب البحث العلمي التي تساعدهم في تطوير أنفسهم وفي تطوير البرنامج الإرشادي وفي تقييم مدى فعاليتهم ، وبخاصة الذين يلتحقون ببرنامج إرشادي على مستوى الدكتوراه .

د- تقديم جميع النظريات الإرشادية وإتاحة الفرصة للمتدرب لعمل موازنة ومقارنة بينها ، واختيار النظرية التي تناسبه .

هـ- يتعهد المرشد المدرب في وضع خطة أو سياسة واضحة للبرنامج التدريبي على أن تكون متفقة مع سياسة المعهد أو المؤسسة التي يعمل بها ، وأن تحدد دور كل من المتدرب والمدرب في عملية التدريب .

و- تحديد كفاءة المتدربين ومدى إمكانية تطويرها وذلك أثناء عملية التقييم المستمر للمتدربين، لأن دور المرشد المدرب ليس فقط تدريب المتدربين على المهارات الأساسية فى الارشاد، وإنما أيضا يجب أن يحدد مدى ملاءمة المتدرب للعمل كمرشد فى المستقبل.

ز- مساعدة المتدرب فى التعرف على المسئوليات الأخلاقية والمهنية للخدمة الإرشادية أثناء التدريب والمرتبطة بعلاقة المرشد النفسى مع المسترشد والقياس والتقويم والبحث والنشر إلخ.

هـ- أن يعد نماذج التقويم الذاتى التى توضح مدى تقدم المتدرب كجزء من برنامج التدريب، ويتطلب ذلك تحديد مستوى الكفاءة التى يجب أن يصل إليها المتدرب، على أن تمنح الفرصة للمتدرب للتعبير الصريح عن مدى استفادته من البرنامج التدريبى.

و- يجب ألا يتضمن البرنامج التدريبى أعمالاً إدارية أو إشرافية أو أى عمل آخر يتعلق بالسلطة.

2- الممارسة practice:

المقصود بالممارسة هى تكرار السلوك الناتج عن التدريب والخبرة، ومن خلال الممارسة يتم اكتساب خبرات ومعارف جديدة، وبالتالى يمكن من خلال الممارسة تحسين الأداء المهنى. وتتم الممارسة بعد أن يحصل المرشد النفسى على ترخيص ممارسة المهنة، وسوف نعرض فى هذا الجزء للطرق الشائعة فى

الترخيص والمستوى العلمي لممارسة مهنة الارشاد النفسي والاتجاهات المختلفة نحو الترخيص كما عرضها " ريكي " على النحو التالي (Ricky, G, 1981, 296-299).

أ- الطرق الشائعة فى ترخيص مهنة الارشاد النفسى:

حدد "ريكى" ثلاث طرق شائعة ومستخدمة فى ترخيص مهنة الارشاد النفسى وقد عرضها تحت مسمى رخصة المرشدين النفسيين Counselor Licensure والطرق الثلاث هى :

1- الشهادة Certification وهى عملية تحدد مدى كفاءة القائم بممارسة المهنة وأحقيته فى استخدام اللقب الخاص بالمهنة، وهذه الشهادة تمنح بواسطة هيئة أو مؤسسة حكومية بعد فحص مؤهل الشخص كدليل على أن المتقدم قد أكمل برامج دراسية مطلوبة فى برامج إعداد مقبولة.

2- الترخيص Licensure ، عملية ترخصها الدولة حسب تشريعها ، وفى ضوء هذا التشريع يتم تنظيم عملية الرخصة ولقب المهنة title of the profession لأن الترخيص عملية تشريعية تركز على وضع قوانين تشريعية أكثر من استخدام الشهادات ، والرخصة الحكومية المنظمة تعتبر صفة مميزة وشاملة وتعتبر تدريبا عظيما great Training وإعداداً أكثر من كونها شهادة لها اعتبارها .

3- التفويض أو الاعتماد Accreditation ، عملية تقوم بها جمعية أو هيئة حيث تمنح إقرارا عاما للمدرسة أو المعهد أو الجامعة أو برنامجا متخصصا للدراسة، ويتم الاعتماد وفقا لمؤهلات ومعايير علمية محددة.

ب- المستوى العلمي لممارسة مهنة الإرشاد النفسي :

طرح (Ricky) على عينة من الأشخاص سؤالاً حول المستوى العلمي المطلوب لمن يحمل رخصة لكي يمارس مهنة الإرشاد النفسي، وقد جاءت النتائج كالتالي :

- درجة الماجستير تقدر بـ 45.4٪
- درجة الدكتوراة تقدر بـ 41.6٪
- مستويات علمية أخرى 13٪

وفي ضوء ذلك وضعت عدة اقتراحات لمستويات ممارسة المهنة نختصرها في الخطوات التالية :

- خبرة معيد أو أستاذ مساعد.
- درجة تخصص في الإرشاد النفسي.
- تخصص دقيق مثل العلاج الأسري.
- وظيفة مراقب أو ملاحظ (لمدة سنتين).
- خبرة تطبيق برامج دون درجة تصميم برامج.
- ممارسة إكلينيكية (سنتان خبرة).
- ترخيص بمستوى الدكتوراة يليها منح شهادة الدكتوراة.

جـ- الاتجاهات المختلفة نحو الترخيص :

وجدت اتجاهات مختلفة نحو الترخيص نلخصها على النحو التالي :

1- الاتجاه الذي يعارض الترخيص:

مبررات هذا الاتجاه :

أ- يرى أصحاب هذا الاتجاه أن بعض المرشدين النفسيين علموا أنفسهم بأنفسهم ومارسوا العملية الإرشادية بكفاءة أكثر من الذين مارسوها بترخيص، أي أن الترخيص لا يضمن تفوق المرشد النفسي.

ب- سَيُحْدِثُ الترخيص ضرراً إذا أصبح المرخص له سياسياً أكثر من كونه مهنياً.

جـ- عندما يتم الترخيص فإن المرخص له سيهتم بما اعتاد عليه أكثر من اهتمامه بما يحتاجه أو ما يجب أن يكون.

2- الاتجاه الذي يؤيد الترخيص :

مبررات هذا الاتجاه :

أ- يرى أصحاب هذا الاتجاه أن الترخيص عملية مطلوبة لأنها تضمن وجود مستويات عالية للتدريب، فالعضو يرخص له في ضوء مستوى علمي محدد.

ب- المرشد النفسي في حاجة إلى تشريع وتقنين لمستواه المهني وممارسته المهنية وفي سبيل ذلك فإن جمعيات متخصصة مثل جمعية الإرشاد النفسي الأمريكية تضع تشريعات وتعمل على تطوير مجموعات عمل لمنح الترخيص، بل إن معظم الدول حالياً بها مجموعات عمل تعمل على سن القوانين التي تنظم وتمنح التراخيص.

جـ- الترخيص يساعد المرشد النفسي على ممارسة المهنة في دولة أخرى، عندما تقتنع المؤسسة أو المركز الذي يعمل فيه (داخل هذه الدولة) بمستواه العلمي والمهني.

د- الترخيص يعطي كرامة ومكانة متميزة وثقة للمرشد النفسي في كل المواقف الإرشادية.

هـ- الترخيص يعطي حقاً للمواطن (المسترشد) بأن يحصل على خدمات الإرشاد النفسي بواسطة مرشد نفسي مختصٍ ومؤهل مهنياً ويحمل رخصة معترف بها.

سابعاً : تعريف الإرشاد النفسي :

في ضوء الموضوعات التي ناقشناها في هذا الفصل مثل : خصائص الإرشاد النفسي ومحاوره وأنواعه وخصائص المرشد النفسي وإعداده مهنياً ، يمكن تعريف الإرشاد النفسي بأنه أحد فروع علم النفس التطبيقية وهو من المهن

المساعدة ويقدم خدماته الإرشادية إلى المسترشد (في حالة الإرشاد الفردي) أو إلى جماعة (في حالة الإرشاد الجماعي) وذلك على أسس علمية وممارسات فنية ويقوم بتقديم هذه الخدمات مرشد نفسي مهني متخصص.والخدمات الإرشادية المقدمة قد تكون ذات طبيعة نمائية أو وقائية أو تعليمية أو علاجية، ويتم تقديم الخدمات الإرشادية من خلال عملية إرشادية مخططة وفي ظل علاقة إنسانية مهنية هادفة تخص المرشد النفسي والمسترشد أو جماعة إرشادية.

ثامناً : تعريف العملية الإرشادية : Counseling Process

الإرشاد النفسي ليس صيغاً نظرية فقط ولكنه يتضمن جانباً تطبيقياً يتم فيه ومن خلاله ترجمة النظرية إلى تطبيق، والجانب التطبيقي هذا يطلق عليه العملية الإرشادية.

العَمَلِيَّةُ في اللغة هي جملة أعمال تُحدث أثراً خاصاً فيقال عملية جراحية وعملية إرشادية، والعَمَلُ هو المهنة والفعل، وعَمِلَ في اللغة فعل فعلاً عن قصد ومَهَنَ وصَنَعَ (المعجم الوجيز، 1999، 435). ويحتاج العمل إلى أنشطة مخططة ومهارات وإجراءات لتنفيذها وتؤدى على مراحل متتابعة؛ لأن العمل يحتاج إلى امتداد زمان، ويصمم المرشد النفسي العمل في ضوء رؤيته العقلية العلمية المستخلصة من إعداده المهني وتجاربه السابقة وخبراته المهنية.

في ضوء ما سبق، يشير مصطلح العملية الإرشادية إلى جملة الأعمال التي تتضمن المعارف والأنشطة والمهارات والإجراءات وتؤدى على مراحل متتابعة ومترابطة ومتفاعلة، ويكون لكل مرحلة أهدافها، وتبدأ هذه المراحل بالتشخيص ثم تصميم البرنامج الإرشادي ثم تنفيذه من خلال جلسات إرشادية واتصال جيد بين المرشد والمسترشد، كما يقوم المرشد النفسي (بالتعاون مع فريق العمل الإرشادي أحياناً) بالعمل مع المسترشد أو مع القائمين على رعايته وتربيته بالتخطيط والتنفيذ للعملية الإرشادية .

الفصل الثاني

أدوات التشخيص

مقدمـــــة :

من خطوات العملية الإرشادية تشخيص (تقييم) المشكلة والمسترشد ، ويقوم المرشد النفسي بالتشخيص في ضوء المعلومات التي تم جمعها عن المشكلة والمسترشد معاً وذلك باستخدام أداة أو أكثر من أدوات جمع المعلومات ، ويتضمن الفصل الثاني أهم هذه الأدوات وهي :

1- المقابلة .

2- دراسة الحالة .

3- الملاحظة .

4- الاختبارات النفسية .



الفصل الثاني

أدوات التشخيص

أولاً : المقابلة :

تستخدم المقابلة في مجال الإرشاد النفسي لأغراض ثلاثة هي : جمع المعلومات ، التشخيص ، العلاج ، وعندما تستخدم المقابلة لجمع المعلومات فإن الشروط التي تنطبق عليها هي الشروط نفسها التي تنطبق عليها غالباً عند استخدامها في التشخيص أو العلاج .

عندما يحتاج المرشد النفسي إلى معلومات عن مشكلات ليس لها وجود حسي مثل الآمال والتطلعات والقلق ، مثل هذه المعلومات يمكن جمعها عن طريق المقابلة ، كما أن المرشد النفسي عن طريق المقابلة يمكنه الحصول على استجابات عن لماذا؟ وبماذا ، وكيف ، التي يتهرب منها المسترشد أحياناً ، وعندما نحصل على معلومات بأدوات جمع المعلومات الأخرى مثل : دراسة الحالة والاختبارات والملاحظة ، وتكون هناك حاجة للتأكد من صحة هذه المعلومات فيمكن تحقيق ذلك باستخدام المقابلة ، في ضوء ما سبق تعتبر المقابلة محوراً أساسياً تدور حوله عملية الإرشاد النفسي .

1- تعريف المقابلة :

يمكن تعريف المقابلة إجرائياً بأنها " علاقة مهنية ديناميه إنسانية تتم وجهاً لوجه بين الطرفين المرشد النفسي والمسترشد في مكان ما ، ولفترة زمنية محددة ، بهدف جمع المعلومات والتحقق من صحتها تمهيداً لتشخيص مشكلة المسترشد والتعرف على جوانب القوة والضعف لديه ثم تقديم خدمات إرشادية لحل هذه المشكلة " .

2- عناصر المقابلة :

في ضوء تعريف المقابلة يمكن تحديد عناصرها في الآتي :

أ- المواجهة :

بمعنى أنها تتم وجهاً لوجه بين المرشد النفسي والمسترشد ، وبالتالي لا نعتبر المحادثة التليفونية أو الرسائل البريدية من أنواع المقابلة .

ب- المكان :

قد يتم إجراء المقابلة في مكان خاص مثل مركز الإرشاد النفسي ، أو تتم في المدرسة، وفي كل الأحوال يجب تخصيص غرفة خاصة للمقابلة يتوفر فيها الشروط الصحية التي تُشعر المسترشد بالراحة والأمان ، ومن هذه الشروط : التهوية والإضاءة الجيدة ونظافة المكان .

جـ- تحديد الفترة الزمنية :

يدرك المرشد النفسي أهمية تحديد موعد المقابلة ، والفترة الزمنية التي تستغرقها كل جلسة ، ومن المهم الالتزام بالمواعيد من قِبل المرشد النفسي والمسترشد لأن هذا يؤكد على جدية العملية الإرشادية ؛ واحترام كل طرف للآخر . ويرتبط بتحديد الفترة الزمنية تحديد مراحل المقابلة وهي ثلاث مراحل :

1) **الافتتاح :** وتستغرق هذه المرحلة دقائق قليلة وتقع المسئولية على المرشد النفسي في البدء في الحديث ثم يبدأ المسترشد في المشاركة .
2) **البناء :** وهو موضوع الجلسة ، ولذلك تستغرق هذه المرحلة معظم زمن الجلسة.
3) **الإنهاء :** الهدف منها تلخيص ما تم التوصل إليه والتمهيد للجلسة التالية . وتستغرق هذه المرحلة دقائق قليلة . وسوف نشير بالتفصيل إلى مراحل المقابلة عند الحديث عن الجلسة الإرشادية .

3- أنواع المقابلة :

يمكن تقسيم المقابلة إلى عدة أنواع في ضوء معايير مختلفة كالآتي :

أ- تقسيم المقابلة في ضوء عدد الأفراد :

1) **المقابلة الفردية :** وهي التي تُجرى مع عدد من المسترشدين يتراوح ما بين (1 – 3) ، وتستخدم في حالة الإرشاد الفردي .

2) **المقابلة الجماعية :** وهي التي تُجرى مع عدد من المسترشدين أكثر من (3) وتستخدم في حالة الإرشاد الجماعي .

ب- تقسيم المقابلة في ضوء نوع الأسئلة المستخدمة :

1) **مقابلة مقيدة :** وهي التي يُحدد فيها الموضوعات والأسئلة ويجاب عنها بإجابات محددة مثل : نعم / لا ، وإذا كان من مميزاتها : أنها توفر الوقت والجهد وتسمح بمقارنة إجابات المسترشد ، إلا أنها غير مرنة ولا تعطي فرصة للمسترشد للتعبير عن مشاعره وأفكاره بحرية .

2) **مقابلة غير مقيدة :** وهي التي لا يُحدَّد فيها موضوعات بشكل محدد ، وتكون الأسئلة مفتوحة ويجاب عنها بحرية وإسهاب وتعطي فرصة للمسترشد لأن يعبر عن أفكاره ومشاعره، إلا أنها قد تكون مضيعة للوقت ، وقد يجد المسترشد فيها فرصة للهروب من الموضوع الأصلي ، ولذلك فإنها تحتاج إلى مرشد نفسي لديه خبرة ومهارة .

جـ- تقسيم المقابلة في ضوء طريقة الإرشاد المستخدمة :

1) **المقابلة المباشرة :** وتستخدم في الإرشاد المباشر ، وفيها يكون التركيز والعبء على المرشد النفسي ، في عرض المشكلة ، والحديث عنها ، والانتقال من موضوع لآخر .

2) **المقابلة غير المباشرة :** وتستخدم في الإرشاد غير المباشر ، وفيها يكون المسترشد له الحرية في الحديث عن أي موضوع بطريقته الخاصة ، وهو الذي يقرر الانتقال من موضوع إلى موضوع آخر ، وفي بعض الأحيان هو الذي يقرر إنهاء المقابلة ، مع ملاحظة أن المقابلة المباشرة هي الأفضل عند إرشاد الأطفال ، لأن الطفل لا يمتلك المعارف والخبرات والمهارات اللازمة التي تساعده على تحديد وتشخيص مشكلته وتنفيذ إجراءات علاجية لها بمفرده كما هو الحال في الإرشاد غير المباشر .

د- تقسيم المقابلة في ضوء الهدف منها :

1) **مقابلة أولية :** الهدف منها جمع معلومات أولية ، وتكوين علاقات إنسانية بين المرشد والمسترشد ، ووضع تصور مبدئي لتشخيص المشكلة والإحالة إذا لزم الأمر .

2) **مقابلة تشخيصية :** الهدف منها التأكد من صحة المعلومات التي تم جمعها في المقابلة الأولية والتوصل إلى طبيعة المشكلة من حيث الأسباب والأعراض الدالة عليها ، وتحديد نمط المسترشد ، وتحديد المسئوليات ، والإجراءات المناسبة لحل المشكلة ، والإحالة إذا لزم الأمر.

3) **المقابلة العلاجية (الإرشادية) :** الهدف منها تنفيذ الإجراءات التي تم تحديدها في المقابلة التشخيصية .

4- العوامل التي تساعد على زيادة فعالية المقابلة الإرشادية :

يمكن أن نشير إلى أهم هذه العوامل كالآتي :

أ- استقبال المسترشد :

يجب على المرشد النفسي استقبال المسترشد بترحاب وابتسامة ، وأن يُظهر له أنه كان في انتظاره حتى يشعر المسترشد أنه مُهتم به ، ويجب على

المرشد النفسي عند استقبال المسترشد أن يكون واقفاً ويكون بجوار الباب حتى إذا ما استقبل المسترشد اتجها معاً إلى المكان المخصص للجلوس ، ويفضل أن تكون المسافة بينهما ما بين (1.5 – 2) متر ، وبعد تهيئة المسترشد للجلسة الإرشادية يجب إدخال المسترشد في العلاقة المهنية مباشرة .

ب- المظهر الشخصي للمرشد :

من الصعب وضع شروط محددة للمظهر الشخصي للمرشد النفسي ولكن يمكن أن أشير إلى خصائص عامة يمكن أن تُزيد أو تُقلل من فعالية المقابلة ، ومن هذه الخصائص : أن كل جنس يرتدي الملابس التي تناسب جنسه (مرشد ، مرشدة) ويفضل أن تكون هذه الملابس نظيفة ومتناسقة ، وأن تكون ألوانها عادية ، ويفضل عدم ارتداء ملابس مكتوب عليها عبارات أو مرسوم عليها صور ، وأن يكون طولها مناسب ، حتى لا تثير المسترشد وتشتت انتباهه ، ويجب أن يكون طول الشعر أيضاً مناسباً لجنس المرشد ، وأن يكون مصففاً ، كل هذه العوامل وغيرها تؤثر في اتجاهات المسترشد نحو المرشد النفسي وتحدد مدى اقتناع المسترشد بما يقوله المرشد النفسي .

جـ- ضبط المقابلة Controlling interview :

طالما أن المقابلة تسير وفقاً لخطة متفق عليها من قِبل المرشد النفسي والمسترشد ، فيجب الالتزام بها من حيث : مدة الجلسة ، الموضوع المطروح ، الواجب المنزلي المكلف به المسترشد ، ولكن لأغراض ما قد يلجأ المرشد النفسي إلى إحداث تعديل في خطة المقابلة حسب سير المقابلة أو حسب رغبة المسترشد نفسه ، وفي كل هذه الأحوال يجب على المرشد النفسي أن يكون مرناً ومنظماً في إعادة تخطيط وضبط المقابلة مرة أخرى .

د ـ تصرفات المرشد النفسي وأسلوبه في التواصل :

من تعريف المقابلة أنها محادثة هادفة بين المرشد النفسي والمسترشد ، وهذه المحادثة لكي تكون فعالة ومقنعة يجب على المرشد النفسي أثناء الحديث مع المسترشد أن يكون متوازناً انفعالياً ، وأن يستخدم الإشارات المقبولة وأن تكون نبرات صوته واضحة ومُعبرة عن الموقف، وأن تكون اللغة المستخدمة تناسب المستوى اللغوي للمسترشد ، وأن يبتعد عن استخدام المصطلحات العلمية الدقيقة . هذا لا يمنع من أن المرشد النفسي يمكن أن يساعد المسترشد على تكوين أبنية لفظية مناسبة يفهمها المسترشد خاصة في حالة تعدد جلسات الإرشاد النفسي أثناء التشخيص والعلاج .

هـ ـ تكرار المقابلة :

من خلال الملاحظات الإرشادية تبين أن تكرار المقابلة على فترات زمنية قصيرة (كل يوم أو كل يومين) يجعلها روتينية وتُضعف من حماس المسترشد وتسبب الملل وتنمي الاعتمادية لديه كما أن تأخير المقابلة لتصبح على فترات زمنية بعيدة (كل عشرة أيام أو كل شهر) تكوّن عادات غير جيدة لدى المسترشد مثل المماطلة وعدم الاهتمام ، وكثرة النسيان .

ولكي يكون الإرشاد النفسي أكثر فعالية يمكن اتباع الآتي :

أ) أن تكون المقابلة على فترات زمنية معقولة (مرة أو مرتين كل أسبوع) حسب ظروف المرشد النفسي والمسترشد .

ب) يمكن تغيير موعد المقابلة إذا لزم الأمر .

و ـ توقعات المسترشد من المرشد :

يأتي المسترشد إلى المرشد النفسي ولديه توقعات مختلفة ، هذه التوقعات تختلف باختلاف مرحلة العمر ، وأيضاً باختلاف النموذج الذي سيكون عليه المرشد

النفسي (الأب، المحامي، رجل الشرطة) ففي كل الأحوال : يجب على المرشد النفسي الاستفادة من هذه التوقعات في تشخيص المشكلة ووضع تصور لخطة العلاج .

5- مهارات التسجيل في المقابلة Skills of Recording :

التسجيل في المقابلة الإرشادية يشمل ثلاث مهارات أساسية :

أ- التسجيل الكتابي .

ب- التسجيل السمعي .

جـ- التسجيل المرئي الفوري .

وهذه التسجيلات يُحتفظ بها في غرفة المرشد النفسي وينطبق عليها مبدأ السرية . وتعتبر هذه التسجيلات بالنسبة للمرشد النفسي والمسترشد تغذية راجعة لمراجعة المعلومات على فترات زمنية ومواقف مختلفة حتى يمكن التأكيد عليها أو استبعادها . ويسبق استخدام هذه التسجيلات موافقة المسترشد ، وتكون الموافقة في صورة إقرار موقع عليه بالموافقة على استخدام هذه التسجيلات أو إحداها ، وإذا لاحظ المرشد علامات التردد والضيق على المسترشد بعد التوقيع على الموافقة فيمكن أن يسأله إذا كان يفضل عدم استخدام هذه التسجيلات ، إلا أننا ننبه أيضاً على ضرورة احترام رغبة المسترشد في هذا الخصوص ، من أجل تعميق الثقة في نفس المسترشد فيما يتعلق بالمرشد وبالعملية الإرشادية .

ونشير إلى أهداف التسجيل وزمنه ومحظوراته كما يلي :

أ- أهداف التسجيل :

تتبين قيمة التسجيل في أنها تساعد في إنعاش ذاكرة المرشد النفسي والمسترشد وتذكيرهما بالنقاط الهامة التي تتناولها المقابلة وكذلك الأسماء والأشخاص والأحداث المرتبطين بالمشكلة ، ومن أهداف التسجيل أيضاً :

1) دراسة ومراجعة حالة المسترشد في فترة خارج الوقت المحدد للمقابلة الإرشادية ، عندما يجد المرشد النفسي ضرورة لذلك .

2) دراسة ومراجعة حالة المسترشد مع زميل أو أكثر من العاملين في الحقل الإرشادي أو في حقل مهني آخر إذا وجد المرشد النفسي أهمية لذلك .
3) مواجهة المسترشد بأقواله وأفعاله ، وذلك عند إعادة تشغيل شرائط التسجيل بنوعيها السمعي والمرئي .
4) التأثير على سلوك المسترشد حيث يمكن تغييره أو تعديله وتطويره نحو الأفضل ، وذلك عندما يتخلص المسترشد من سلوكه السابق بعد أن رآه أو سمعه .
5) تنمية شخصية المسترشد عندما يتأكد من مدى قدرته على التطور نحو الأفضل ، وذلك بالمقارنة بين المقابلات الأولى والمقابلات اللاحقة ولا سيما النهائية منها .
6) التقويم المستمر من قبل المرشد النفسي للاستراتيجيات المتباينة التي يستخدمها مع مسترشديه وفق حالتهم (ماهر عمر ، 1992 ، 175 – 176).

ب- متى يتم التسجيل الكتابي :

تختلف استراتيجية المرشد النفسي في كتابة النقاط في حضور المسترشد أثناء المقابلة الإرشادية أو بعد انتهائها وخروجه من غرفة الإرشاد ، وهناك من يفضل ضرورة الاستقرار على أسلوب واحد في التسجيل أثناء المقابلة أو بعدها لأن المسترشد قد يتوقع مثلاً أثناء التسجيل عند المقابلة أن المرشد يهتم به ، فإذا غير المرشد أسلوب التسجيل ، يدرك أن المرشد بدأ يهمله ويهمل مشكلته ، وقد وجدت آراء مختلفة في هذا الجانب يمكن حصرها في اتجاهين كما يلي :

1- الاتجاه الذي يرى ضرورة التسجيل بعد المقابلة :

يذهب أصحاب هذا الاتجاه إلى أن التسجيل أثناء المقابلة قد يثير مخاوف وشكوك المسترشد فيمتنع عن الإفصاح عن معلومات كثيرة خوفاً أن تتكشف للآخرين وتسبب له ضرراً خاصة أنها مكتوبة ، ونستطيع أن نستدل على هذا من

حالات التردد و التناقض في الحديث أو التراجع عن صحة بعض المعلومات إذا رأى المسترشد أن المرشد يقوم بتسجيل كل ما يقوله ، ويمكن في هذه الحالة أن يخبر المرشد المسترشد بأنه لن يكتب أي شيء أثناء المقابلة حتى يستطيع الإصغاء الكلي لكلامه ، ثم يكتب النقاط الهامة بعد المقابلة .

2- الاتجاه الذي يرى ضرورة التسجيل أثناء المقابلة :

يذهب أصحاب هذا الاتجاه إلى أن المخاوف التي يذكرها أصحاب الاتجاه الأول يمكن التقليل منها إذا استطاع المرشد النفسي بناء الثقة في نفس المسترشد ، وتسهم العلاقة الإنسانية بين المرشد و المسترشد بدور كبير في بناء الثقة ، وإذا استطاع المرشد أن يقنع المسترشد بأن من مبادئ الإرشاد النفسي سرية المعلومات فيمكن بذلك إقناع المسترشد بقبول التسجيل أثناء المقابلة ، هذا في حالة وجود تردد من جانب المسترشد بشأن الاستقرار على أسلوب الكتابة قبل المقابلة أو بعدها ، لكن في حالات أخرى نجد بعض المسترشدين إذا لم تُؤخذ بعض النقاط في حضورهم فقد يتسبب ذلك في شعورهم بالإحباطات وعدم الاهتمام بمشكلاتهم ، ونستطيع التأكيد على أن تفضيل طريقة على طريقة أخرى يتوقف على رغبة المسترشد أولاً ثم استراتيجية المرشد ثانياً .

جـ- محظورات في تسجيل النقاط (التسجيل الكتابي) :

نشير إلى أهم المحظورات التي يجب أن يراعيها المرشد النفسي عند التسجيل الكتابي (ماهر عمر ، 1992).

1) يجب ألا يكون تسجيل النقاط وسيلة استجواب آلية ، وتأخذ الوسيلة الإملائية مثل ما يحدث في مراكز البوليس أو الشرطة ، أو المحاكم العسكرية ، أو المحاكم المدنية .
2) يجب ألا تترك النقاط المسجلة تحت نظر المسترشد نفسه أو مسترشد آخر.
3) يجب ألا تؤخذ آراء المسترشد على أنها حقائق مسلم بها .

4) يجب ألا يعتمد المرشد النفسي على ما سجله من نقاط اعتمادا كليا في علاقاته الإرشادية ، ولكن لديه أساليب أخرى تعطيه المعلومات الوفيرة .

6- الفنيات المستخدمة في المقابلة الإرشادية :

من العوامل التي تسهم في نجاح المقابلة الإرشادية استخدام الفنيات التي تدرب عليها المرشد النفسي من أجل نجاح العملية الإرشادية.

وسوف نشير إلى أهم هذه الفنيات كما يلي :

أ- فنية التساؤل Questiong Technique :

من خصائص المقابلة أنها محادثة ، والمحادثة لا تخلو من سؤال موجه من المرشد إلى المسترشد أو العكس ، كما أن التساؤل يستخدم في كل مراحل المقابلة.

القواعد الأساسية في ممارسة فنية التساؤل:

أ) اختيار الوقت المناسب ، والمقصود بالوقت المناسب هنا: عدم مقاصعه كلام المسترشد من أجل طرح سؤال ، ولكن يجب استغلال وقفات المسترشد من أجل طرح السؤال .

ب) أن يتأكد المرشد النفسي بأن المسترشد مهيأ للاستجابة .

جـ) ألا يكون السؤال بعيدا عن الموضوع .

د) اختيار السؤال الملائم : ويكون هذا الاختيار في ضوء الهدف الذي يسعى إليه المرشد النفسي ، مع ملاحظة أن هناك أنواعاً من الأسئلة ولكل نوع مميزات وعيوب ، ومن هذه الأنواع:

- الأسئلة المفتوحة : مثال : حدثني عن مفهوم المسئولية ؟
- الأسئلة المقفلة : مثال : كم عدد المرات التي تدخن فيها في اليوم ؟
- الأسئلة المباشرة : مثال : هل تحب مدرستك ؟
- الأسئلة غير المباشرة : مثال : يبدو لي أنك تحب مدرستك

ملاحظة : يمكن استخدام الأسئلة المفتوحة والمقفلة في الأسئلة المباشرة وهى تبدأ بكلمات الاستفهام هل ، كم ، كيف ، متى ...

هـ) عدم اللجوء إلى الأسئلة المعقدة والمركبة التي تحتمل إجابات كثيرة ، ولكن يجب أن يصاغ السؤال لخدمة هدف واحد .

و) أن يتلاءم السؤال من حيث الصياغة والمحتوى مع الخلفية الثقافية للمسترشد .

ز) يجب أن يطرح السؤال بصوت مسموع (لا يكون مرتفعا أو منخفضا) عن الحد المعقول .

ح) أن يطرح السؤال لكسب معلومات جديدة وليس بهدف التكرار .

ب- فنية المواجهة Confrontation Technique :

تعتبر فنية المواجهة وسيلة فعالة يستخدمها المرشد النفسي عندما يريد أن يضع المسترشد أمام ما يخفيه من أفكار وأفعال ، كما أنها تسهم في مساعدة المسترشد على تحمل مسئولية تعديل أفكاره وأفعاله عندما يكتشف (بمساعدة المرشد النفسي) التناقضات في أفكاره وأفعاله ، ويفضل استخدام المواجهة مع الأطفال في مرحلتي الطفولة المتوسطة والمتأخرة ، وتتطور من البسيط إلى التحدي المباشر بتطور نمو الطفل ، وتستخدم المواجهة بعد بناء علاقة إرشادية بين المرشد النفسي والمسترشد وتوفير الثقة بينهما وتحدث المواجهة عندما يعتقد المسترشد أن سلوكه حدث نتيجة عوامل خارجية أو عندما لا يدرك عواقب سلوكه.

أنواع المتناقضات التي تحتاج إلى مواجهة :

أ- متناقضات خاصة بالمرشد النفسي : تظهر في التناقضات بين ما يريد أن يكون عليه وبين ما يمارسه في الواقع (الذات المثالية والذات الواقعية) مثال : رغم أنني أسعى لكسب ثقة المسترشد إلا أنني أشعر بتباعد المسافة بيننا (وهذا دليل على عدم بناء العلاقة المهنية الإنسانية) .

ب- متناقضات خاصة بالمسترشد : تظهر في التناقض بين رؤيته لنفسه وفعله الواقعي .

مثال : أنا لا أكذب على والدي ولكنه لا يصدقني في أي مرة .

جـ- متناقضات بين ما يراه المرشد النفسي عن المسترشد وما يراه المسترشد عن نفسه .

مثال : تقول إنك لا تريد مساعدة من أحد رغم أنك تشتكي كثيراً لبعض الأفراد وكأنك تستجيرهم لكي ينقذوك .

د- متناقضات بين أقوال وأفعال المسترشد .

مثال : كيف تحقق رغبتك لتكون مثل أبيك في مركز علمي وأنت مازلت تهمل واجباتك وتتغيب عن المدرسة ؟

مستويات المواجهة :

أشرنا سابقاً إلى أن المواجهة يجب أن تستخدم بعد تكوين الألفة والثقة بين المرشد والمسترشد حتى يكون التواصل بينهما فعالاً ، وبالإضافة إلى ذلك فيجب أن تبدأ المواجهة بشكل متدرج تصاعدي لأن المفاجئة في استخدامها قد يضر بأهميتها، ويمكن أن يبدأ هذا التدرج كالآتي :

1) إعطاء فرصة للمسترشد إلى عرض أفكاره واتجاهاته بما فيها من متناقضات دون التعليق عليها .
2) لفت نظر المسترشد إلى بعض المتناقضات .
3) لفت نظر المسترشد إلى كل المتناقضات .

جـ- فنية الإنصات Technique of Listening :

المقصود بالإنصات هنا صمت المرشد النفسي بإيجابية واهتمام عندما يتحدث المسترشد وهي تعكس مدى اهتمام المرشد النفسي لما يقوله ويفعله المسترشد ، فيشعر المسترشد بالارتياح والإقبال الإيجابي على مواصلة الجلسات

الإرشادية ، وهذا بالطبع يساعده (أي المسترشد) على الانفتاح على نفسه والإدلاء بالمعلومات دون تحفظ ، وعلى ضوء ذلك فإن الاستخدام الرديء لفنية الإنصات يؤدي إلى عدم الحصول على معلومات مفيدة ، وقد تؤدي إلى توقف العملية الإرشادية ، ففنية الإنصات بذلك تغذية راجعة جيدة ، ويوجد قواعد للإنصات الجيد نذكر أهمها كما يلي :

1) الإنصات خلال فترة كافية من الزمن .
2) الإنصات بإيجابية سواء ايجابية لفظية مثل (ها ، هاه ، أيوه ، ... الخ) أو ايجابية غير لفظية مثل : (الابتسامة أو حركة أعضاء الجسم " حركة اليد ، إماءة الرأس ... الخ ") .

هـ- فنية إعادة العبارات Technique of Restatement :

الهدف من هذه الفنية إعادة العبارات بتكرار المضمون الأساسي لها بغرض التواصل وهي تغذية راجعة للمسترشد لأنها تؤكد مدى اهتمام المرشد له ، مع ملاحظة أن هذه الفنية تختفي في المراحل المتقدمة من المقابلة .

طرق إعادة العبارات :

1) إعادة عبارات المسترشد بدون تغيير أحياناً .
2) إعادة عبارات المسترشد مع تغيير ضمير المتكلم .
3) إعادة الأجزاء الهامة من عبارات المسترشد .
4) تلخيص عبارات المسترشد وإعادتها (ماهر عمر ، 1992 ، 450 – 452) .

و- فنية الانعكاس Technique Reflection :

هي طريقة يعكس بها المرشد النفسي مشاعر وأحاسيس وأفكار واتجاهات المسترشد ويعكس بها أيضاً تعبيراته وانفعالاته ، فإذا كانت طريقة إعادة العبارات تركز على ما يقوله المسترشد فإن طريقة الانعكاس تعكس ما يقوله وما يشعر به . لذلك فهي تركز على الجانب الداخلي للمسترشد وقد ينتبه المسترشد إلى أنه يسمع

لأول مرة من المرشد النفسي ما سبق أن قاله أو فعله أو شعر به . ويستخدم المرشد النفسي بعض العبارات في الانعكاس مثل : أنت تعتقد ، أنت تشعر ، وهكذا .

ز- فنية الإيضاح Technique of Clarification :

طالما أن الهدف من المحادثة بين المرشد النفسي والمسترشد أن يفهم أحدهما الآخر فإن الإيضاح بمثابة تغذية راجعة لهما . والإيضاح قد يكون من المرشد النفسي للمسترشد أو العكس .

في حالة طلب المرشد الإيضاح ، يحدث هذا عند استخدام المسترشد عبارات لا يفهمها المرشد النفسي .

- **مثال :** المسترشد : إنها كارثة أن يستمر المدرس في التدريس لي طوال العام ؟
- المرشد : ما معنى أن استمرار تدريس المدرس لك يعتبر كارثة ؟

في حالة طلب المسترشد الإيضاح :

- **مثال :** المسترشد : لا أعرف كيف أتعامل مع المدرس ، لا أعرف الصواب والخطأ .

يبدو أن المسترشد هنا غير قادر على التعبير عن مشكلته بصراحة ، ويكون دور المرشد هنا مساعدته على إيضاح ما يقصده .

المرشد : أرى أن طريقة معاملة المدرس لك تسبب لك حيرة .

وعند استخدام فنية الإيضاح يجب أن تكون الكلمات بسيطة ، ومفهومة وتعكس التسامح والاحترام والثقة المتبادلة .

ونضيف هنا بعض العمليات التي تساعد على الإيضاح باستخدام الأسئلة كما يلي :

1) السؤال عن مصدر المشكلة (الأسرة ، المدرسة ... الخ) ومدى تطور المشكلة .
2) السؤال عن التعريفات الخاصة بالألفاظ أو الأفكار ويمكن طلب إعطاء أمثلة للمساعدة في الإيضاح .

3) طلب معرفة جوانب التشابه والاختلاف بين فكرتين أو موقفين أو مشكلتين .
4) السؤال عن النتائج المحتملة لفعل ما تم في الماضي أو يمكن حدوثه في المستقبل . أو يتم ممارسته الآن .
5) السؤال عن المعنى : ويقوم المرشد هنا بتفسير عبارات المسترشد فيقول مثلاً: هل تفسيري صحيح ؟ هل هذا ما تقصد ؟
6) السؤال عن جوانب صعبة : مثل ما الذي يشغلك الآن ؟ وعند تطبيق إجراءات الإرشاد يسأل المرشد عن مستوى النجاح فيسأل هل الأمور تسير في الاتجاه الصحيح ؟
7) السؤال عن الأهداف المقصودة : مثل : ماذا تريد من وراء هذا الفعل ؟ ما الذي تحاول أن تصل إليه ؟
8) السؤال عن القيمة : مثل : ما قيمة هذا الفعل ؟ ماذا تكسب إذا تركت المدرسة؟ في حالة وصولك إلى ما تريد فما قيمة ذلك بالنسبة لك ولأسرتك ولمجتمعك ؟
9) الإيضاح بتحديد إجراءات الإرشاد النفسي : يقوم المرشد النفسي هنا بتلخيص الخطوات التي اتبعت والمعلومات التي تم التوصل إليها وتشخيص المشكلة ، ووضع البدائل ، والاتفاق على خطة العلاج أو إتمام الإحالة ، ويمكن أن يستمر المرشد النفسي في استخدام فنية الإيضاح أثناء تنفيذ العملية الإرشادية وعند تقويم النتائج .

7- مع من تجرى المقابلة ؟

تجرى المقابلة مع المسترشد باعتباره المستفيد الأول من الخدمات الإرشادية ، ولكن في حالات خاصة يتطلب الأمر إجراء المقابلة مع القائمين على تربية المسترشد مثل الوالدين أو الأخوة أو الأقارب أو المعلم وقد يتطلب الأمر

إجراء المقابلة مع فريق العمل في المدرسة (الأخصائي النفسي ، الأخصائي الاجتماعي ، طبيب المدرسة ، مدير المدرسة ... الخ) .

في بعض الحالات يفضل وجود المسترشد أثناء مقابلة القائمين على تربيته خاصة عند الحديث في قضايا عامة أو طلب معلومات توضيحية ، وعند وجود المسترشد في الجلسة يفضل عدم إهماله ولكن يتم إشراكه في الحديث ، وفي حالات أخرى يفضل مقابلة القائمين على تربية المسترشد أو الأشخاص المهمين له بدون وجود المسترشد خاصة عند مناقشة مشكلات سلوكية لها خصوصية تسبب الخجل والحرج للمسترشد .

8- أهداف المقابلة التشخيصية :

من أهداف المقابلة التشخصية ما يلي :

أ) الحصول على المعلومات المرتبطة بشخصية المسترشد ، خاصة المعلومات المرتبطة بميوله واهتماماته واتجاهاته وحالته المزاجية وجوانب القوة والضعف في شخصيته ، والعوامل المسئولة عن تيسير أو تعطيل عملية النمو لديه ، والحاجات النفسية المشبعة وغير المشبعة وطرق الإشباع والآثار المترتبة عن عدم إشباع حاجاته ومعدلاته الدراسية ... الخ .

ب) الحصول على المعلومات المرتبطة بمشكلة المسترشد خاصة المعلومات التي تحدد أسباب المشكلة وأعراضها ، وتاريخ هذه الأعراض ، والأعراض الأخرى الثانوية المرتبطة بالأعراض الأساسية . وآثار المشكلة على المسترشد وعلى الآخرين .

جـ) الحصول على معلومات حول طبيعة البيئة (الطبيعية أو الإنشائية)* التي يعيش فيها المسترشد ودور هذه البيئة في تشكيل شخصيته أو نشأة المشكلة لديه ، مع تحديد إمكانية تعديل هذه البيئة .

---

* المقصود بالبيئة الطبيعية : المناخ ، اللون ، الضوء ، المرتفعات ... الخ ، والمقصود بالبيئة الإنشائية: المنازل والمدارس والأندية وغرفة المذاكرة ، وغرفة الفصل الدراسي (أي كل ما صنعه الإنسان) .

د) معرفة الدور الوظيفي الذي يلعبه القائمون على تربية المسترشد أو الأشخاص المهمين له في تشكيل أو نشأة المشكلة ومعرفة ردود أفعالهم واتجاهاتهم نحو المسترشد ومشكلته وإمكانية اشتراكهم في العملية الإرشادية .

هـ) معرفة البيئة الثقافية التي يعيش فيها المسترشد والتي تتكون من العادات والتقاليد والقانون والدين ، وعلى الرغم من أن معرفة البيئة الثقافية هام في تحليل أي ظاهرة نفسية إلا أنه يصبح أكثر أهمية في العلوم التي تقدم خدمات إنسانية في ظل علاقات إنسانية بين طرفين مثل الإرشاد النفسي ، ومن خلال معرفة البيئة الثقافية للمسترشد يمكن معرفة الدوافع وراء اختياراته وقراراته ومعرفة كيف يميز بين الخير والشر والصواب والخطأ بل يمكن زيادة الفهم والانتقال إلى مستوى أعلى ونحدد لماذا يعتبره خيراً أو شراً وهكذا .

من خلال معرفة البيئة الثقافية يمكن تحديد مصدر المشكلة وقوة تأثيرها .

ويمكن حصر المصادر الثقافية للمشكلة في الآتي :

1. عادات وتقاليد المجتمع .
2. القوانين الوضعية .
3. تعاليم الدين .
4. ثقافات أخرى .

ومعرفة هذه المصادر على درجة من الأهمية عند التشخيص لأنها تحدد لنا توجهات المسترشد الاجتماعية والأخلاقية وبالتالي يمكن معرفة الاختلاف في مقدار الأثر النفسي السيئ الذي يحدث في حالة خرق عادة اجتماعية أو قانون أو تعاليم دينية .

و) معرفة التوقعات الإرشادية لدى المسترشدين والمرشدين :

يجسد مفهوم التوقعات الإرشادية توقعات كل من المسترشد والمرشد النفسي تجاه الآخر ، وهذه التوقعات لا تأخذ صيغة مكتوبة ولا تأخذ صفة الاتفاق

الرسمي ولكنها تمثل سلسلة من التوقعات المشتركة الهامة بين الطرفين ، وهذه التوقعات تسعى لإشباع حاجات محددة لدى الطرفين ، كما أنها تغطي جوانب عديدة تتعلق بالحقوق والواجبات والالتزامات بين الطرفين . ونشير إلى أهم توقعات كل طرف تجاه الآخر كما يلي .

أولاً : توقعات المسترشد من المرشد النفسي :

1- أن يهيئ المرشد النفسي ظروفاً إرشادية آمنة .

2- أن يثق المرشد النفسي في أقوال المسترشد .

3- أن يعامل المرشد النفسي المسترشد باحترام .

4- أن يحافظ المرشد النفسي على سرية المعلومات الخاصة بالمسترشد .

5- أن يختار المرشد النفسي الأدوات المناسبة لجمع المعلومات وتفسيرها وإشراك المسترشد في التفسير واتخاذ القرارات .

6- أن يبذل المرشد النفسي جهداً في فهم مشكلة المسترشد في ضوء المعلومات المتوفرة .

7- أن يختار المرشد النفسي إجراءات إرشادية مناسبة وامنة لحل المشكلة .

8- أن يسمح المرشد النفسي للمسترشد بأن يشارك في القرارات الهامة التي تخص التشخيص وإجراءات العلاج .

ثانياً : توقعات المرشد النفسي من المسترشد :

1- ألا يسيء المسترشد الظن بنوايا المرشد النفسي عند طرح الاسئلة أو تفسير المعلومات .

2- أن يعمل المسترشد بدأب والتزام عند تنفيذ ما يطلب منه .

3- أن يزود المرشد النفسي بالمعلومات الجديدة أو المعلومات التي احتفظ بها لنفسه في بداية المقابلة .

4- أن يتحمل المسترشد مسئولية ما يقوله ويفعله .

5- أن يُحسّنْ المسترشد صورة المرشد لدى الآخرين ويُظهر لهم الجوانب الإيجابية للإرشاد النفسي وإمكانية الاستفادة من خدمات الإرشاد .

6- أن يتقبل المسترشد بإيجابية البرنامج الإرشادي الذي سيتم التخطيط له وأن ينفذ الأنشطة والمهارات التي يتضمنها البرنامج بفعالية .

ز) اختيار برنامج إرشادي مناسب لحل مشكلة المسترشد .

وبالنظر إلى البرنامج الإرشادي على أنه الجزء الهام من العملية الإرشادية يتأكد لنا أهمية خطوة اختيار برنامج إرشادي بعد الانتهاء من خطوة التشخيص . وعند اختيار البرنامج الإرشادي في ضوء التشخيص يسعى المرشد النفسي إلى تحديد الجوانب الآتية :

1. مدى الحاجة إلى وجود أشخاص آخرين لتنفيذ البرنامج الإرشادي .
2. إمكانية التنسيق بين دور المرشد النفسي (باعتباره المسئول الأول عن العملية الإرشادية) وأدوار الأشخاص الآخرين مثل : الوالدين والمعلم وفريق تقديم الخدمات في المدرسة ... الخ.
3. إمكانية توفير التسهيلات والإمكانيات اللازمة لتنفيذ البرنامج الإرشادي .

9- مميزات المقابلة الإرشادية :

في ضوء ما سبق عرضه للمقابلة الإرشادية يمكن تلخيص أهم مميزات المقابلة في الآتي :

أ) يمكن من خلال المقابلة استخدام أدوات جمع المعلومات الأخرى (الملاحظة ، دراسة الحالة، الاختبارات) ، وعندما تستخدم هذه الأدوات في المقابلة يستطيع المرشد النفسي جمع معلومات كان يصعب جمعها إذا تم تطبيق الأدوات الأخرى بدون المقابلة .

ب) تعتبر المقابلة في بعض الحالات إجراء إرشادياً ، خاصة إذا كانت المشكلات الشخصية أو الاجتماعية يمكن حلها عن طريق التنفيس الانفعالي أو التفاعل مع المرشد النفسي .

جـ) باستخدام المقابلة يمكن للمرشد النفسي دراسة شخصية المسترشد في إطاره الكلي ، أي من جميع جوانبه ، وهذه الميزة يصعب تحقيقها من خلال أدوات جمع المعلومات الأخرى .

د) يمكن للمسترشد من خلال المقابلة التعرف على ذاته والتعبير عن مشاعره بحرية ، واكتساب مهارات التفاعل الاجتماعي من خلال نموذج التفاعل الذي يتم بينه وبين المرشد النفسي في المقابلة الإرشادية .

هـ) يمكن للمرشد النفسي من خلال المقابلة جمع معلومات من القائمين على تربية المسترشد أو الأشخاص المهمين له ، وتحديد مسئولياتهم في تشخيص المشكلة وعلاجها .

و) من خلال المقابلة يمكن للمرشد النفسي التحقق من صحة المعلومات التي تم جمعها بواسطة الأدوات الأخرى ، ويمكن أيضاً مناقشة المسترشد في جوانب التشابه والاختلاف في استجابته على أكثر من أداة .

ز) من خلال المقابلة يمكن للمرشد النفسي تقويم ذاته ، باعتبار أن التقويم الذاتي هو أفضل السبل لتجويد الأعمال والتحقق من مدى تحقيق ما يجب تحقيقه ، ولما كان التقويم عملاً عقلياً يقتضي التجديد والابتكار والإبداع والمواجهة ، فإنه لا يتوقف عند تحديد الثناء والنقد ولكن يذهب إلى أبعد من ذلك فيسأل المرشد النفسي أين أجدت ، لماذا أجدت ؟ وأين أخفقت ؟ ولماذا أخفقت ؟ وكيف يمكن علاج ما أخفقت فيه ؟ وتجويد ما أجدت فيه .

10- عيوب المقابلة الإرشادية :

رغم المميزات التي أشرنا إليها للمقابلة ، فإن لها أيضاً عيوباً يجب الإشارة إليها حتى ننتبه إليها ونبحث عن بدائل إيجابية للتقليل منها ، ومن هذه العيوب :

1) طالما أن المقابلة تعتمد على اللغة ، فلا يصلح استخدامها مع الأطفال صغار السن وضعاف العقول ، لأنهم لا يحسنون التعبير عن أنفسهم باللغة .

2) قد تتأثر المقابلة بذاتية المرشد النفسي ، وذلك بإسقاط خبراته واتجاهاته على مشكلة وشخصية المسترشد ، ولذلك قد ينخفض عاملا الصدق والثبات في المقابلة ما لم يلتزم المرشد النفسي بالموضوعية (بقدر الإمكان) .

ثانياً : دراسة الحالة Case Study :

في بعض حالات الاضطرابات الانفعالية الشديدة ، وحالات التخلف العقلي الشديد يصعب استخدام الملاحظة والمقابلة لجمع معلومات عن المسترشد ، فتكون الأداة المناسبة لنا في هذه الحالات دراسة الحالة ، وتستخدم دراسة الحالة أيضا عندما تكون الحاجة إلى ضرورة جمع معلومات متنوعة بشكل تراكمي من مصادر مختلفة في المجالات الأربعة : (الشخصي ، الاجتماعي ، التربوي ، المهني) ثم تكوين تصور كلي عن بناء شخصية المسترشد في ضوء هذه المعلومات ، تمهيدا لاستخلاص أدلة تؤيد أو ترفض فرضا من الفروض المتصلة بالمشكلة والتي وضعها المرشد النفسي من قبل ، في هذه الحالة تصبح دراسة الحالة أداة تكميلية مع الملاحظة والمقابلة .

ومن الممكن للمرشد النفسي أن ينتقل بدراسة الحالة من المسترشد إلى مجموعة أشخاص لهم علاقة بالمسترشد ويكونون في شكل تنظيم مثل (الأسرة ، المدرسة ، جماعات الأصدقاء) وذلك عندما تكون دراسة هذه الجماعات مفيداً في إعطاء معلومات عن المسترشد ، ومن أمثلة ذلك : دراسة موقف الأسرة من مشكلة

التبول اللاإرادى لدى الطفل عبر مراحل نمو الطفل ، وفي بعض الحالات يحتاج المرشد النفسي إلى التعامل مع التنظيم كدراسة حالة عندما توجد مشكلة لها خصائص مشتركة لدى أفراد التنظيم أو بعضهم ، ومن أمثلة ذلك : دراسة علاقة التفكك الأسرى على انخفاض التحصيل الدراسي لدى أكثر من مسترشد ينتمون إلى أسرة واحدة ، ومن أمثلة ذلك أيضا : دراسة تأثير الفصول ذات الكراسي المتحركة والفصول ذات الكراسي الثابتة على السلوك العدواني لدى التلاميذ خلال عام دراسي .

وفي هذا الجزء نعرض لبعض الموضوعات التي توضح طبيعة وأهمية دراسة الحالة .

1- مُؤتمر الحالة Case conference :

أشرنا من قبل إلى أن فهم شخصية المسترشد بشكل موضوعي يتطلب النظر إلى الشخصية بشكل متكامل ، وفى بعض الحالات يتطلب هذا اشتراك فريق عمل من تخصصات مختلفة ، ومن مواقع مختلفة وهذا ما يعرف بمؤتمر الحالة .

يقوم المرشد النفسي بالدعوة إلى مؤتمر الحالة والذي يشمل في العادة : القائمين على تربية المسترشد والمهتمين بتقديم خدمات نفسية له فيشمل المرشد النفسي ، والأخصائي الاجتماعي والأخصائي النفسي ومدير المدرسة والمعلم ، وطبيب المدرسة ، وفي بعض الحالات يشمل مؤتمر الحالة رئيس العمل وزملاء المهنة والأخصائي المهني ، وذلك إذا كانت المشكلة في مجال العمل ، وخلال المؤتمر يتم عرض المشكلة والسماع إلى آراء الأعضاء في المشكلة من حيث الأسباب والأعراض وطرق الإرشاد المناسبة لها ، والأدوار التي كُلف بها كل عضو إذا دعت الضرورة إلى ذلك ، ثم ينتهي المؤتمر عادة بكتابة تقرير يتضمن نقاط الاتفاق والاختلاف لأعضاء المؤتمر فيما تم مناقشته .

2- المفاهيم التي تقوم عليها دراسة الحالة :

في ضوء ما سبق :يتبين أن دراسة الحالة تقوم على مفاهيم ثلاثة هي : مفهوم الاستقراء ومفهوم الزمن ومفهوم التفاعل ، ويمكن أن نوضح كل مفهوم على حدة :

أ- الاستقراء Induction :

عندما نهتم بدراسة تاريخ الحالة Case history أو تاريخ الحياة Life history فإننا نستخدم الاستقراء ، وهو أحد الأساليب الأساسية في الاستدلال ويعني : الحكم على الكل بما يوجد في جزئياته ، ويقصد بالجزئيات في مجال الإرشاد النفسي : كل من المعلومات التي نجمعها عن المسترشد في الجوانب الشخصية والاجتماعية والتربوية والمهنية ، والمواقف في حياة المسترشد وقد تتعدد فتشمل الضغوط والأزمات والفقدانات ...الخ مع الوضع في الاعتبار أهمية معرفة الأساليب الخاصة التي يستجيب بها المسترشد لهذه المواقف تبعاً لأولوياتها وأهميتها بالنسبة له ؛ لأن سلوك المسترشد لا يتم في فراغ ، ولكن يتم في موقف، هذا الموقف به دلالات تخص المسترشد بالذات دون سواه .

ويمكن الإشارة إلى نوعين من الاستقرار مع توضيح إمكانية استخدامها في مجال الإرشاد النفسي .

1- الاستقرار التام : يكون الحكم فيه على المشكلة من خلال كل المعلومات وكل المواقف التي تم جمعها عن المسترشد ،والواضح أن هذا النوع يصعب استخدامه في مجال الإرشاد لسببين :

الأول : يحتاج إلى الكثير من المجهود والوقت والتكاليف عند جمع وتسجيل كل المعلومات وكل المواقف للمسترشد .

الثاني : صعوبة تكوين رأى أو التحقق من صحة فرض في ضوء هذا التراكم من البيانات عن الحالة .

2- **الاستقرار الناقص :** يكون الحكم فيه على المشكلة من خلال بعض المعلومات وبعض المواقف التي تم جمعها عن المسترشد ، وفي هذه الحالة يكون على المرشد النفسي مسئولية تحديد المعلومات الهامة والمرتبطة بالمشكلة وحذف المعلومات غير الهامة أو الغير مرتبطة بالمشكلة ، وكذلك يكون عليه أيضا مسئولية تحديد المواقف الهامة والتي لها معنى في حياة المسترشد ، ثم يتم التصنيف والتسلسل لكل من المعلومات والمواقف في ضوء الأولوية أو البعد الزمني أو الاثنين معا ، والواضح أن هذا النوع من الاستقراء يسهل استخدامه في مجال الإرشاد لسببين :

1) يوفر الكثير من المجهود والوقت والتكاليف عند جمع وتسجيل المعلومات والمواقف الهامة.

2) إمكانية تكوين رأى أو التحقق من صحة فرض في ضوء ما هو هام وضروري فقط .

ب- الزمن Time :

عندما يهتم المرشد النفسي بجمع وتسجيل المعلومات والمواقف فإنه لا يهتم بالمعلومات في وقت محدد وبالمواقف التي تمت في وقت واحد ،ولكنه يهتم بجمع المعلومات بشكل تراكمي نمائي وتحديد وقت حدوث المواقف بشكل متعاقب ، فالأحداث تمر متلاحقة ، وطالما أن الزمن في تغير متصل فيمكن من خلاله النظر إلى ماضي وحاضر المسترشد معا ، باعتبار أن سلوك المسترشد الذي هو عليه الآن له بعد نمائي ، لذلك يهتم المرشد النفسي بوضع أسئلة لها بعد زمني ،ثم يسعى للإجابة عنها من خلال دراسة الحالة ، ومن هذه الأسئلة :

1) كيف أصبح المسترشد على هذا النحو من الحالة المرضية ؟

2) ما المحن التي اعترضته خلال مراحل نموه ؟

جـ- التفاعل Interaction :

نستخدم مفهوم التفاعل في مجال دراسة الحالة لنعني به عدة أمور أهمها :

1) أن سلوك المسترشد ينتج عن تفاعل الوراثة والبيئة معا .

2) أن سلوك المسترشد ينتج عن تفاعل كل من معارفه وخبراته ومهاراته وسمات شخصيته .

3- تعريف دراسة الحالة :

يرى حامد زهران " أن دراسة الحالة وسيلة لتلخيص أكبر عدد ممكن من المعلومات عن العميل (المسترشد) وهى أكثر الوسائل شمولا وتحليلا ، وهى منهج لتنسيق وتحليل المعلومات التي جمعت بوسائل جمع المعلومات الأخرى عن الحالة وعن البيئة ، وهي وسيلة لتقدم صورة مجمعة ككل وبذلك تشمل دراسة مفصلة للفرد في حاضره ، ماضيه ،والهدف الرئيسي لدراسة الحالة هو تجميع المعلومات ومراجعتها ودراستها وتحليلها وتركيبها وتنظيمها وتلخيصها ووزنها إكلينيكيا أي وضع وزن إكلينيكي للمعلومات "(حامد زهران ،1980 ، 178-182).

4- خطوات دراسة الحالة :

تمر دراسة الحالة بعدة خطوات مرتبة منطقيا بحيث تؤدى كل خطوة إلى الخطوات التالية ، وهذه الخطوات هي كما يلي :

أ) التنظيم Organization (تنظيم المعلومات المتراكمة) : معناه :

التأليف بين المعلومات والمواقف لفهم المشكلة ، ويتم هذا التنظيم في ضوء الإطار الذي يعتمد عليه المرشد النفسي في جمع المعلومات ، أو المجالات التي يهتم بها المرشد النفسي في جمع المعلومات لاختبار صحة الفروض المرتبطة بمشكلة الدراسة .

ب) تحليل المعلومات وتفسيرها :

ويتم هذا عن طريق فرز وفحص بعض المعلومات المرتبطة بالحالة في الإطار الكلي للحالة والذي تم في الخطوة السابقة ، ثم يلي ذلك الكشف عن العلاقات التي تربط هذه المعلومات بالمعلومات الأخرى في ضوء الإطار الكلي أيضا ، أما تفسير المعلومات فيتم عندما يسعى المرشد النفسي إلى استخدام معارفه وخبراته ومهاراته في جعل ما تم التوصل إليه مفهوما، وقوة التفسير معناها: إمكانية إعادة التفسير نفسه إذا وجد الإطار نفسه الذي تم في ضوئه التفسير .

جـ) الاستدلال Reasoning :

هو عملية عقلية يقصد بها الوصول إلى علاقة علة بالمعلول أو سبب بنتيجته ، وفي مجال الإرشاد نستخدم الاستدلال لمعرفة أثر المعلومات التي تم جمعها وتنظيمها وتحليلها على المشكلة الحالية ، ومن خلال الاستدلال ينتهي المرشد النفسي إلى الحكم بصحة الفروض المرتبطة بالمشكلة أو عدم صحتها ، ومن شروط نجاح الاستدلال التسلسل في ربط المعلومات والمواقف ، ثم الاستخدام الصحيح لها .

د) التنبؤ : معناه : الإنباء باحتمالية تكرار المشكلة في المستقبل أو عدم تكرارها والحال الذي سيكون عليه المسترشد في المستقبل ، وذلك في ضوء الإلمام الكامل بطبيعة المشكلة والعوامل المؤثرة فيها .

هـ) كتابة التقرير الختامي عن الحالة : يشمل التقرير الختامي عن الحالة : تلخيصا للمعلومات التي تم جمعها وطريقة تصنيفها وتحليلها وأيضا يشمل ما تم التوصل إليه بالاستدلال من توضيح المشكلة والعوامل المسئولة عنها ، والأعراض الدالة عليها ، والطرق المناسبة لحلها ، والتنبؤ بما سيكون عليه المسترشد في المستقبل .

5- دراسة الحالة بين كونها أداة أو منهجا :

عندما يستخدم المرشد النفسي دراسة الحالة بعرض جمع المعلومات عن المسترشد . تصنيفها وتحليلها وتفسيرها والاستدلال بالمشكلة ثم التنبؤ بحالة المسترشد في المستقبل مع وضع توصيات بطرق العلاج المناسبة ، في هذه الحالة تصبح دراسة الحالة أداة لجمع المعلومات فقط .

وعندما يستخدم المرشد النفسي دراسة الحالة كأداة لجمع المعلومات ويستخدم معها أدوات أخرى مثل : الملاحظة والمقابلة وتطبيق الاختبارات ، ثم يتم تنظيم وتحليل وتفسير لهذه المعلومات التي تم جمعها بأكثر من أداة ، ثم يلي ذلك إتمام إجراءات التشخيص والعلاج وكتابة تقرير نهائي يتضمن : النتيجة النهائية التي تم التوصل إليها ، ففي هذه الحالة تصبح دراسة الحالة منهجاً .

6- مميزات دراسة الحالة :

من أهم المميزات التي تجعل من دراسة الحالة أداة فعالة ما يلي :

أ) تعطي تصوراً شاملاً مترابطاً عن الشخصية

ب) تهتم بدراسة شخصية المسترشد من منظور نمائي تفاعلي .

جـ) يمكن استخدامها كمنهج يتم من خلاله تنفيذ إجراءات العملية الإرشادية بداية من التشخيص ثم العلاج .

د) يستخدمها المرشد النفسي لتقييم كفاءته المهنية ، كما تستخدم في التدريب الإرشادي للمرشدين المبتدئين .

7- الصعوبات التي تواجه دراسة الحالة :

تواجه دراسة الحالة العديد من الصعوبات التي يمكن أن تؤثر في فعاليتها ، ومن هذه الصعوبات : عامل الوقت ، المعلومات المستهلكة ، المعلومات المجردة . (ماهر محمود ، 1992 ، 213 – 214) ونعرف كل صعوبة باختصار كما يلي :

- عنصر الوقت Time factor : والمقصود به : الوقت المستنفذ في جمع المعلومات .

- المعلومات المستهلكة Consumed information : والمقصود بها : صعوبة الحصول على معلومات تختص بحالة المسترشد في بداية حياته ، أو أن المعلومات التي نحصل عليها قد تكون مشوبة بالتحريف أو التزييف أو الشك ؛ نتيجة لتغير الأماكن التي عاش فيها المسترشد . أو تغير الأشخاص الذين كانوا محيطين به . أو رواية الأحداث وتسجيلها بواسطة عدد متنوع من المختصين .

- المعلومات المجردة Abstract information : والمقصود بها : استخدام المعلومات عن المسترشد بمعزل عن مشاركته الفعلية والإيجابية في تدعيمها بمشاعره تجاهها وأحاسيسه حولها وانفعالاته بها واتجاهاته نحوها ، وتصوراته عنها ، مثل هذه المعلومات تصبح جوفاء ولا يرجى منها أي نفع .

نموذج تقرير عن دراسة حالة

وضع "كورشين Korchin " (1976) عدة تساؤلات هامة ، الإجابة عنها تسهم في تدعيم الأهمية القصوى التي يمكن تحقيقها من دراسة الحالة ، وقد وردت هذه التساؤلات على النحو التالي : (ماهر محمود ، 1992 ، 211 - 212)

1) ما المشكلات التي يعاني منها الفرد المريض ؟

2) ما نوعية هذا الفرد الذي يعاني من هذه المشكلات ؟

3) لماذا يوظف هذا الفرد إمكاناته بهذه الطريقة التي يظهر عليها ؟

4) كيف أصبح هذا الفرد على هذا النحو من الحالة المرضية ؟

5) كيف يتفاعل هذا الفرد مع البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها ؟

6) ما المحن التي اعترضته في حياته ؟

7) ما هي الوسائل التي استخدمها للتغلب على هذه المحن ؟

8) ما الخطوات التي اتخذها من أجل الحصول على مساعدة في حل مشكلته ؟

9) ما وسائل العلاج الممكنة لمساعدته في عبور أزماته ؟

10) ما الذي يمكن عمله من أجل مساعدته ؟

11) ما النهاية التي يمكن أن يصل إليها ؟

12) ما الاحتمالات الأقل في النجاح مع حالته ؟

13) ما هي النتائج المتوقعة من علاجه ؟

في ضوء الإجابة عن التساؤلات السابقة يمكن للمرشد النفسي أن يعد تقريراً نهائياً للحالة (المسترشد) .

ثالثاً : الملاحظة Observation :

الملاحظة من الأدوات الهامة التي يعتمد عليها المرشد النفسي في متابعة سلوك المسترشد خلال مواقف مختلفة ، وظروف مختلفة وأزمنة مختلفة . كما أنها تستخدم في دراسة السلوك في المواقف التي يصعب فيها استخدام أدوات جمع المعلومات الأخرى . ونظراً لاعتبار الملاحظة أداة هامة في جمع المعلومات عن المسترشد بطريقة علمية فلابد أن تتدرج الملاحظة من مجرد الملاحظة العابرة إلى ملاحظة محددة تعتمد على قواعد معينة ، وتتم في ظروف معروفة ، وتتحدد كيفية إجرائها والأدوات المستخدمة عند إجرائها وكذلك الطرق المستخدمة في إجرائها ، وهذا ما يقصد بالملاحظة العلمية المنظمة .

يمكن أن يقوم بالملاحظة المرشد النفسي ، أو أحد المتدربين على القيام بها، المهم أن يكون لدى من يقوم بها المهارة في متابعة المسترشد خلال ظروف ومواقف مختلفة (المدرسة، الملعب أوقات الفراغ ... الخ) بالإضافة إلى تسجيل المعلومات التي تم التوصل إليها باستخدام الأدوات المناسبة لذلك ، تمهيداً لقيام المرشد النفسي بتفسير الملاحظة ، حيث يهتم بمعرفة دوافع السلوك وأشكاله على نحو ما سيتبين لاحقاً .

عندما تترك الفرصة للمسترشد ليتحدث أثناء إجراء المقابلة بينما يستخدم المرشد النفسي فنية الإنصات ، فإن استخدام الملاحظة في هذا الموقف يساعد المرشد النفسي على متابعة ما يقوله المسترشد بتركيز واهتمام ، كذلك عندما يريد المرشد النفسي أن يضع المسترشد أمام ما يخفيه من أفكار وأفعال حتى يكتشف المسترشد بمساعدة المرشد النفسي التناقضات في أفكاره وأفعاله (وذلك باستخدام فنية المواجهة) فإن استخدام الملاحظة من قبل المرشد النفسي يساعده على تحقيق ذلك . فمتابعة تعبيرات الوجه وفلتات اللسان وزلات القلم، والارتباك والحيرة والتردد والهروب من الأفكار والذكريات واستخدام الميكانيزمات الدفاعية ... الخ ، كل هذا وغيره يساعد في نجاح عملية التشخيص وتعديل السلوك ، وعلى هذا تعتبر الملاحظة أداة مكملة مع المقابلة .

ونشير إلى بعض الموضوعات التي تعين على فهم الملاحظة وأهدافها وأنواعها وإجراءاتها وطرق استخدامها وشروط نجاحها :

1- تعريف الملاحظة :

في ضوء ما سبق يمكن تعريف الملاحظة بأنها " مراقبة ومتابعة علمية منظمة لجانب أو لعدة جوانب من سلوك المسترشد ، لفترة زمنية محددة ، وفي مكان محدد ، ويقوم بها شخص متدرب على متابعة السلوك وتسجيله ، ثم يتبع ذلك تحليل المعلومات التي تم تسجيلها ثم تفسيرها والوصول إلى قرارات علمية في ضوء ما تم ملاحظته ".

وفي ضوء تعريف الملاحظة يمكن أن نشير هنا إلى بعض الجوانب التي تعين على فهم المقصود بالملاحظة :

أ) أن ملاحظة السلوك قد تتم في مواقف الحياة اليومية الطبيعية مثل ما يتم في اللعب والرحلات وفي مواقف الإحباط ، والقيادة والتفاعل الاجتماعي داخل

الأسرة ، وقد تتم من خلال غرفة الملاحظة عندما يصعب ممارسة الملاحظة في البيئة الطبيعية ، أو قد تكون غرفة الملاحظة * مكملة أيضا للبيئة الطبيعية .

ب) المطلوب في الملاحظة التركيز على متضمنات السلوك أكثر من التركيز على الصفات العامة التي تصف أو تميز بين أنواع من السلوك ، فمن الصعب مثلا التمييز بين الشعور بالذنب والشعور بالقلق ، أو التمييز بين الانطوائية والاكتئاب ، لأن بينها صفات عامة يصعب تحديدها بدقة من خلال الملاحظة ، فتوجد طرق وأساليب أخرى يمكنها التمييز بينها ، ولكن من خلال الملاحظة يمكن التركيز على متضمنات السلوك حتى يمكن أن نصف السلوك ، مثال على ذلك : ملاحظة سلوك الضرب والعض والركل والصراخ ، يمكن أن يساعدنا في التنبؤ بوجود سلوك عدواني .

جـ) عند القيام بالملاحظة يتم اختيار الأداء السلوكي المراد ملاحظته لفرد ما في موقف معين ، وهذا بالطبع يساعد المرشد النفسي في معرفة دوافع هذا السلوك وإمكانية تعديله أثناء العملية الإرشادية .

2- أهداف الملاحظة :

من الأهداف الرئيسية للملاحظة ما يلي :

أ) تسجيل المعلومات عن الوضع الحالي للمسترشد في جانب أو عدة جوانب من سلوكه ومن خلالها يتم التحقق من صحة الفروض المتعلقة بسلوكه .

ب) تسجيل التغيرات الكمية والكيفية التي في سلوك المسترشد نتيجة لعاملي النضج والتعلم .

جـ) تحديد العوامل التي يمكن أن تحرك سلوك المسترشد في مواقف معينة .

* غرفة الملاحظة : أحد مكونات البيئة المهنية ويطلق عليها أحيانا غرفة المراقبة Control Room ، لأنها تستخدم في مراقبة سلوك الملاحظ ، وتتميز بوجود جدار مشترك بين الملاحظ والملاحظ (المسترشد) ويتوسط هذا الجدار مرآة زجاجية ذات اتجاه واحد one way mirror بحيث تسمح للملاحظ فقط برؤية الملاحظ وفي الغالب يوجد سماعات وأجهزة تسجيل ومقاعد وستائر بها .

د) تحديد شكل ومستوى التفاعل الاجتماعي للمسترشد في مواقف طبيعية .

هـ) تحديد علاقة سلوك المسترشد الدال على المشكلة بأنماط سلوكية أخرى .

مثال على ذلك : الطفل الذي يعاني من اضطرابات الكلام قد يعاني أيضا من العزلة الاجتماعية ، وعند الملاحظة قد يكون التركيز على سلوك اضطراب الكلام ، رغم أنه قد يكون متغيراً تابعاً للمتغير المستقبل (العزلة الاجتماعية) وقد يكون العكس .

و) تحديد العلاقة التأثيرية بين سلوك المسترشد وبين سلوكيات أشخاص أخرين لهم تأثير عليه مثل : الوالدين والمعلمين والأصدقاء .

مثال على ذلك : قد نلاحظ تكرار تبول الطفل لا إراديا عند تواجد والده معه في الموقف نفسه ، هذه الملاحظة قد تشير إلى أساليب المعاملة الوالدية اللاسوية لهذا الطفل ، وبالتالي فإن خطة الإرشاد لا بد وأن تتضمن تغيير سلوك والده حتى يمكن تغيير سلوك الابن (صاحب المشكلة) .

3- أنواع الملاحظة :

يمكن تقسيم الملاحظة إلى عدة أنواع معينة كما يلي :

أ- تقسيم الملاحظة في ضوء الفترة الزمنية التي تستغرقها :

ويندرج تحت هذا التقسيم الأنواع الآتية :

1) **ملاحظة طارئة :** وتتم لرصد ظاهرة مؤقتة .

2) **ملاحظة دورية :** وتتم في فترات محددة في الصباح مثلا أو كل أسبوع أو كل شهر ، وفي هذا النوع يتم التركيز على عدد تكرار الظاهرة السلوكية خلال فترة زمنية محددة ، وهذا الملاحظة تفيد في متابعة التغيرات التي تطرأ على سلوك المسترشد .

3) **ملاحظة مستمرة :** وتتم طوال فترة العملية الإرشادية .

ب- تقسيم الملاحظة في ضوء طبيعة الملاحظة :

ويندرج تحت هذا التقسيم الأنواع الآتية :

1) **ملاحظة مقيدة :** ويتم فيها تحديد الموضوعات المطلوب ملاحظتها بهدف قياسها، وتُستخدم قائمة مراجعة Check list لتحقيق هذا الغرض ، وهذه القائمة تشتمل في الغالب على جوانب محددة مثل : الجوانب الجسمية ، والعقلية، والانفعالية ...الخ .

2) **ملاحظة حرة :** وهي ملاحظة عامة لمراقبة جميع جوانب السلوك للمسترشد لفترة معينة .

3) **ملاحظة مختلطة :** تجمع بين الملاحظة المقيدة والملاحظة الحرة حتى نتغلب بها على عيوب هذين النوعين .

جـ- تقسيم الملاحظة في ضوء علاقة المرشد النفسي بالمسترشد :

ويندرج تحت هذا التقسيم الأنواع الآتية :

1) **ملاحظة مباشرة :** وتتم عندما تكون العلاقة بين المرشد النفسي والمسترشد وجها لوجه في الموقف .

2) **ملاحظة غير مباشرة :** وتتم دون اتصال مباشر بين المرشد النفسي والمسترشد، ويتم ذلك في الغالب في أماكن خاصة مجهزة مثل غرفة الملاحظة.

4- إجراءات الملاحظة :

توجد مجموعة من الإجراءات اللازمة لكي تتم الملاحظة نشير إلى أهمها باختصار :

أ- تحديد السلوك المراد ملاحظته (موضوع الملاحظة) :

عند تحديد السلوك المراد ملاحظته يجب تحديد ما يمكن أن يلاحظ : هل سيتم ملاحظة كل الموقف (السلوك) أم سيتم اختيار عينات ممثلة للسلوك بحيث

تمثل أكبر عدد من مواقف الحياة للمسترشد وهذه الطريقة تعرف بعينة الأحداث event sampling ، وفي كل الأحوال يجب أن يكون السلوك الملاحظ له دلالة ويؤدى إلى إعطاء صورة واضحة عن شخصية المسترشد ، ويجب الاهتمام بتكامل الموقف الملاحظ بمعنى أن يكون له بداية ونهاية وشكل ومستوى محدد .

ب- تحديد الهدف من الملاحظة :

عند تحديد أهداف الملاحظة يتم تحديد ما ينبغي أن يلاحظ : هل المطلوب ملاحظة علاقة السلوك الملاحظ بأنماط السلوك الأخرى للمسترشد ؟ أم المطلوب ملاحظة مدى تأثير الأخرين في سلوك المسترشد ؟ أم المطلوب الطريقتان معا ؟ وهل المطلوب تحديد دوافع السلوك وشكله ومستواه ؟ أم تحديد مضمون السلوك ؟ أم المطلوب كل ما سبق ؟

جـ- تحديد وتجهيز الأدوات اللازمة للتسجيل والتقويم :

تشتمل أدوات التسجيل على أدوات التسجيل الكتابي ، وآلات التصوير العادي والسينمائي ، والدوائر التلفزيونية المغلقة ، وكذلك أجهزة التسجيل السمعية ، كما تشتمل أدوات التسجيل أيضاً على أدوات الملاحظة مثل قوائم مراجعة السلوك Check lists ويستخدمها من يقوم بالملاحظة كدليل يشمل موضوعات الملاحظة، وهي تمكن الملاحظ من معرفة ما إذا كانت سمة موجودة أم لا ، ومن عيوب قائمة المراجعة التي يجب أن يراعيها الملاحظ أنها لا تقدر تكرار السلوك أو درجة السلوك ، ويمكن الاعتماد على مقاييس التقدير الأخرى لحل هذه المشكلة . ومن أمثلتها مقياس التقدير الرباعي : (بدرجة شديدة ، بدرجة متوسطة ، بدرجة قليلة ، لا يوجد) .

د- تحديد من يقوم بالملاحظة :

في العادة يقوم المرشد النفسي بإجراء الملاحظة بمفرده ولكن إذا تعذر ملاحظة المسترشد (خاصة في الإرشاد الجماعي) فيمكن الاستعانة بمرشدين آخرين أو زملاء ملاحظين متدربين لمساعدته ، وفي هذه الحالة يجب على المرشد النفسي أن يشرح لهم الهدف من الملاحظة ، ثم يقسم العمل عليهم ، ويقوم بالمتابعة المستمرة لهم .

هـ- تحديد الفترة الزمنية :

من العناصر الأساسية لإجراء الملاحظة تحديد الوقت الذي ستجرى فيه الملاحظة وأيضا تحديد الفترة الزمنية التي تستغرقها الملاحظة . هل سيتم اجراء الملاحظة خلال الوقت المحدد لها كاملا ، أم سيتم أخذ عينة من الوقت Time sampling وفي هذه الطريقة يقوم الملاحظ بتسجيل سلوك المسترشد كل فترة زمنية (ولتكن عشر دقائق) ، مثال على ذلك : يمكن ملاحظة سلوك التلميذ في الفصل لمدة عشر دقائق ، ثم يلاحظ في فناء المدرسة أثناء اللعب لمدة عشر دقائق [illegible] وهكذا .

و- تحديد المكان :

قد يتم تحديد المكان الطبيعي الذي يحدث فيه السلوك كالفصل الدراسي ، أو فناء المدرسة أثناء الأنشطة المدرسية ، أو المصنع ، أو سكن الطلاب ...الخ وقد يتم تحديد المكان في غرف خاصة مجهزة بالمعدات والأدوات اللازمة للملاحظة وهذا ما يعرف " بغرفة الملاحظة " وتستخدم في الغالب إذا ما تعذر ملاحظة الاستجابة السلوكية للمسترشد في البيئة الطبيعية لأسباب معينة منها أن الملاحظة في البيئة الطبيعية قد تكون غير مريحة ، كما أن هناك عناصر كثيرة قد تكون معطلة لإجراء ملاحظة جيدة فتأتي النتائج مشوشة وقد يرفض المسترشد أن يخضع للملاحظة في

البيئة الطبيعية ، وفي هذه الحالة تكون غرفة الملاحظة هي المكان الجيد لإجراء الملاحظة ، وفي حالات خاصة يتم إجراء الملاحظة في بيئة مختبرية مثل : مختبر الإدراك السمعي ومختبر الإدراك البصري .

ز- عملية الملاحظة :

بعد الإعداد للملاحظة وتحديد المكان والزمان لها ، يقوم المرشد النفسي بعملية الملاحظة ، وإذا كانت الملاحظة تتم في الغالب بواسطة مرشد نفسي واحد خاصة في الإرشاد الفردي فإن الأمر يختلف في حالة الإرشاد الجماعي حيث يتم الاعتماد على أكثر من مرشد نفسي أو أكثر من ملاحظ متدرب مع الاعتماد على أجهزة التسجيل (التي أشرنا إليها سابقا) حتى يمكن تحقيق الموضوعية . وفي حالة تعدد الملاحظين قد نجد اختلافاً حول تفسير الظاهرة فقد يرى كل ملاحظ الظاهرة من جانب مختلف عن الملاحظ الأخر ، وقد يتذكرون الظاهرة بصور مختلفة وبمستويات مختلفة .

مثال على ذلك : عند ملاحظة السلوك العدواني للمسترشد قد يراه ملاحظ أنه دفاع مشروع لدى الفرد ليحمي نفسه من الخطر ، في حين يراه ملاحظ آخر أنه سلوك غير سوى ولا مبرر له ، وعلى كل حال فإن مشاكل من هذا النوع يمكن التقليل منها إذا تم الاتفاق في الإعداد على أنماط السلوك المطلوب التركيز عليها ، مع الوضع في الاعتبار أيضاً الالتزام بمعايير الحكم على السلوك السوي واللاسوي.

ح- التسجيل :

بعد إجراء عملية الملاحظة أو في أثناء إجرائها يقوم المرشد النفسي أو من يقوم بالملاحظة بعملية التسجيل ، وقد أشرنا من قبل في الإعداد إلى أنواع التسجيلات ، لكن ما نريد الإشارة إليه في هذا الجانب أن التسجيل بأنواعه يقلل من

أخطاء الذاكرة ، كما أنه يتغلب على التحريفات الناتجة من عدم القدرة على استعادة الحادثة نفسها التي تمت ملاحظتها .

والقضية الأخرى في هذا الجانب تتعلق بكتابة الملاحظات أثناء عملية الملاحظة ، فالبعض يفضل سرعة كتابة الملاحظات أثناء عملية الملاحظة والبعض الآخر يفضل إرجاء الكتابة إلى ما بعد عملية الملاحظة حتى يتعود الملاحِظ على تذكر المعلومات المراد تسجيلها بعد انتهاء الملاحظة ويقوم بتسجيلها ، ولكن في كل الأحوال يجب أخذ موافقة المسترشد أو من يرافقه على طريقة التسجيل . كما أن اختيار طريقة التسجيل يتوقف أيضاً على نوع السلوك المراد ملاحظته ، ونوع المعلومات المراد تسجيلها بهدف تذكر الظواهر السلوكية المصاحبة للاستجابات السلوكية والتي تمت ملاحظتها حتى يمكن تفسيرها بأمانة ودقة .

ط- التفسير :

بعد الانتهاء من التسجيل يتم تفسير السلوك الملاحظ ، وكما أشرنا من قبل في مواضع عديدة إلى أن التفسير يتوقف على نوع الإرشاد المستخدم (إرشاد مباشر أو غير مباشر) كما يتوقف على الخلفية النظرية للمرشد النفسي ، ومع ذلك نوصي بأن يكون التفسير في ضوء الإطار المرجعي للمسترشد نفسه ، وفي ضوء المعلومات التي تم جمعها عنه ، وفي حالة استخدام أكثر من أداة مثل دراسة الحالة أو المقابلة ، فإن المعلومات التي تم جمعها بواسطة هذه الأدوات سوف تساعد في إتمام التفسير بشكل موضوعي ودقيق ومتكامل .

ى- كتابة التقرير النهائي :

يتضمن التقرير النهائي وصفاً للمشكلة وتحديد مستواها وكذلك وصفاً للمسترشد ، والدوافع التي تحرك المشكلة ، والمواقف التي تظهر فيها المشكلة والطريقة المناسبة لحل المشكلة ، ويشترط في التقرير توفر الشروط التي تجعل منه تقريراً علمياً .

5- طرق الملاحظة : Observation Methods

توجد ثلاث طرق يمكن أن تتم بها الملاحظة وهي : طريقة الاستجابة السلوكية المستمرة ، وطريقة الاستجابة السلوكية المتكررة ، وطريقة الاستجابة السلوكية المصنفة نوعياً، ويمكن استخدام طريقة أو أكثر من هذه الطرق في جمع المعلومات بغرض التشخيص.

ويمكن أن نشير باختصار لكل طريقة من الطرق الثلاث عند التشخيص كالآتي :

أ- ملاحظة الاستجابة السلوكية المستمرة :

بعض السلوكيات نحكم عليها بالسواء أو اللاسواء من خلال صفة الاستمرار مثل : الخوف من الحيوانات أو الخوف من الأماكن المظلمة ، وفي هذه الحالة يكون الهدف من الملاحظة معرفة الموقف الذي يشعر به المسترشد بالخوف والفترة الزمنية التي يمكن للمسترشد أن يتحملها إذا وجد في هذا الموقف ، وفي كل مرة يتم تقدير الزمن الذي يستغرقه المسترشد باستخدام ساعة توقيت Stop watch.

ب- ملاحظة الاستجابة السلوكية المتكررة :

بعض السلوكيات نحكم عليها بالسواء أو اللاسواء بحساب عدد تكرارها خلال فترة زمنية محددة ، ومن أمثلة ذلك : سلوك التدخين ، ومص الأصابع .

ويلاحظ أن هذه الطريقة تستخدم في حالتين :

الحالة الأولى : عندما يكون التركيز على استجابة سلوكية واحدة مثل التدخين .

الحالة الثانية : عندما يكون التكرار منتظماً أي يتم على فترات زمنية متساوية بقدر الإمكان (الفترة الزمنية بين الاستجابة والاستجابة الأخرى متساوية) .

جـ- ملاحظة الاستجابة السلوكية المصنفة نوعياً :

في بعض الحالات يتم تقسيم السلوك إلى سلوكيات فرعية متباينة ومنفصلة ويمكن أن نحكم على كفاءة المسترشد في أدائها من خلال أدائه لكل سلوك فرعي ،

ثم لكل السلوكيات الفرعية متجمعة ، ومن أمثلة ذلك : حل المسائل الرياضية ، تعلم الكتابة ، ارتداء الملابس ، رسم صورة شخص (كما في اختبار رسم الرجل لجودانف) . وفي هذه الحالة يتم تقسيم السلوك الكلي إلى عدد من السلوكيات الفرعية ممثلة في عدد من الاستجابات الأدائية ومرتبة منطقياً ، ثم يتم تقييم كفاءة المسترشد في أداء كل خطوة .

6- شروط نجاح الملاحظة :

بعد تناول تعريف الملاحظة وأنواعها وكيفية إجرائها ، وأهم الأدوات والطرق المستخدمة فيها ، نشير هنا إلى الشروط الضرورية لنجاح الملاحظة ، ومن هذه الشروط ما يلي :

أ- الموضوعية :

والمقصود بالموضوعية : أن تكون الملاحظة عند التسجيل والتفسير من خلال الإطار المرجعي للمسترشد وليس من خلال الإطار المرجعي لمن يقوم بالملاحظة ، كما يقصد بالموضوعية أيضاً هو أن يكون التسجيل بأنواعه بعيداً عن تحيز من يقوم بالملاحظة .

ب- الشمول :

المقصود بالشمول هو : تسجيل الجوانب المختلفة لسلوك المسترشد المطلوب ملاحظته ، بالإضافة إلى تسجيل جوانب القوة والضعف في شخصية المسترشد ، كما يقصد بالشمول من ناحية أخرى اشتمال الأداءات السلوكية للظاهرة السلوكية المراد قياسها ونعطي أمثلة على ذلك :

- من الأداءات السلوكية للسلوك العدواني والمفروض ملاحظتها وتسجيلها وتفسيرها : العض ، الركل ، الألفاظ المهينة ، الصفع .

- ومـن الأداءات السـلوكية لسـلوك النرجسـية : تضـخيم الإنجـازات ، حسـد الآخرين، الاستعراض ، الحساسية للنقد ، المعاملـة الخاصـة من الآخرين ، تضخم الشعور بالذات .
- ومن الأداءات السلوكية لسلوك زيادة الشهية العصبي : تناول كميات كبيرة من الطعام في فترة زمنية قصيرة وبسرعة شديدة مع شعور الفرد بصعوبة التحكم في سلوك الأكل .

جـ الوظيفية :

والمقصود بالوظيفيـة تسـجيل المعلومـات التـي تعطـي للسلوك معنـى فقط وبالتالي يتم استبعاد المعلومات التي لا تفيد في تفسير السلوك .

د- الوضوح :

والمقصـود بالوضـوح تسـجيل السـلوك بعبـارات تُقـرأ بسـهولة ، وصـياغة العبارات بعيداً عن الذاتية .

هـ سرية المعلومات :

سرية المعلومـات لهـا جوانـب عديـدة ، فهـي تتضـمن : السـرية عنـد تسـجيل الظـاهرة وتفسـيرها ، وتتضـمن أيضـاً عـدم السـماح لأي شـخص خـارج العمـل الإرشادي أن يشارك في الملاحظة ، وعدم ترك النقاط المسجلة عن المسترشد أمام الآخرين ، وعدم استخدام المعلومـات الخاصـة بالمسترشـد فـي المواقـف المختلفـة أو مع أصحاب المهنة ما لم يكن هناك مبرر علمي لذلك .

7- مميزات الملاحظة :

الملاحظة العلمية لها عدة مميزات نذكر أهمها كما يلي :

أ) تتيح الفرصة لمشاهدة السلوك في مواقف طبيعية غالباً ، وبالتالي فإن المعلومات التي نحصل عليها بالملاحظة قد تكون أفضل من قياس السلوك اللفظي أو قياس

السلوك من خلال الاختبارات الأخرى ، فالسلوك اللفظي قد يكون أقل دلالة على الشخصية من السلوك الفعلي ، لكن التفسير الموضوعي يحتم ضرورة الاعتماد على الاثنين (اللفظي والفعلي معاً) .

ب) يمكن عن طريق الملاحظة متابعة سلوك استجابة المسترشد على عبارات الاختبار هل هو مقاوم أم سلبي أم ايجابي ، هل هو خجول أم غاضب ، هل هو سريع الاستجابة أم بطيء ؟ هل هناك أنماط سلوكية أخرى مصاحبة لاستجابات المسترشد على عبارات الاختبار مثل : قضم الأظافر ونتف الشعر ؟ وقيمة هذه الملاحظة: أنها تؤكد مدى صدق الدرجة على الاختبار من ناحية ، ومن ناحية أخرى تزود المرشد النفسي بعينات سلوكية للمسترشد في مواقف الحياة العامة .

جـ) الملاحظة أداة مناسبة مع حالات الأطفال وحالات التخلف العقلي وحالات الأميين عندما يكون من الصعب استخدام الاختبارات والمقاييس ، أو في حالة عدم وجود نضج لغوي وعقلي لديهم يمكنهم من التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم باللغة .

د) الملاحظة أداة مناسبة مع الأفراد الذين لديهم مشكلات القلق الاجتماعي ولا يستطيعون التواصل مع الآخرين مثل : حالات العزلة الاجتماعية ، ورهاب التحدث أمام الآخرين ، والانطواء ، وذلك ، لأن الملاحظة لا تتأثر برغبة الشخص أو عدم رغبته في التحدث أمام الآخرين .

8- عيوب الملاحظة :

يمكن أن نشير إلى عيوب الملاحظة باختصار كما يلي :

أ) التكلفة العالية المادية اللازمة لتجهيز أدوات التسجيل أو نقلها من مكان إلى مكان آخر .

ب) قد تستغرق الملاحظة وقتاً طويلاً سواء في مرحلة الإعداد (وهي المرحلة التي تسبق الملاحظة) ، أو في مرحلة التنفيذ بدءاً من القيام بالملاحظة إلى تفسير ما نلاحظه ثم اتخاذ قرار في ضوء هذا التفسير .

جـ) نظراً لأن الملاحظ قد يسقط مشاعره وأفكاره على سلوك المسترشد ؛ فقد يعيبها تحيزات من يقوم بالملاحظة ، وقد تتأثر الملاحظة بالمعلومات السابقة المتوفرة لدى الملاحظ عن المسترشد .

د) نظراً لأن التفسير العلمي يتطلب جمع معلومات عن كل جوانب السلوك بما فيه السلوك الظاهر والسلوك غير الظاهر ؛ فإن هذا يصعب تحقيقه باستخدام الملاحظة بمفردها حيث يصعب تغطية جوانب السلوك أو ملاحظة السلوك غير الظاهر .

هـ) بعض المسترشدين يرفضون أن يكونوا تحت الملاحظة ، أو عندما يشعرون أنهم تحت الملاحظة يغيرون من سلوكهم .

ويلاحظ أن تحسين الملاحظة ورفع كفاءة استخدامها يتوقف على إمكانية التقليل من هذه العيوب المشار إليها سابقاً .

نموذج استمارة ملاحظة :

استمارة ملاحظة تلميذ في المدرسة (إعداد : المؤلف) :

- اسم القائم بالملاحظة :

- اسم التلميذ :   - الفصل :   - المدرسة :

- العمر الزمني للتلميذ :

تعليمات :

- المطلوب من القائم بالملاحظة وضع دائرة حول رقم أي عبارة مما يأتي إذا كانت تصف سلوك التلميذ في أكثر من موقف ولفترات زمنية ثم يحدد مستوى انطباق العبارة باختيار مستوى واحد من المستويات الثلاثة :

	تنطبق بدرجة كبيرة	تنطبق بدرجة متوسطة	تنطبق بدرجة قليلة
1- نوع السلوك :			
أ- يشارك في أنشطة المدرسة .			
ب- يشارك المعلم في الحوار .			
جـ- يبادل الآخرين بالكلام .			
د- علاقته طيبة بالآخرين .			
هـ- يتجنب الحديث مع المعلم .			
و- يتحدث عن الآخرين إذا وجه له سؤال فقط .			
2- المظهر الخارجي والملبس :			
أ- ملابسه نظيفة .			
ب- ملابسه متناسقة بشكل عام .			
3- سلوكه داخل الفصل :			
أ- يشعر بعدم الرغبة في خروجه من الفصل			
ب- يثير الفوضى داخل الفصل .			
جـ- يتجاهل تعليمات المعلم له .			
د- يسرق ممتلكات الآخرين .			
هـ- يتعدى على الآخرين بالضرب والشتائم			
و- يتبول لا إرادياً .			
ز- يشعر بالاضطهاد .			
ح- يتحدث مع نفسه كثيراً .			
4- سلوكه خارج الفصل :			
أ- يخرب ممتلكات المدرسة .			
ب- يرفض مشاركة الآخرين اللعب في أوقات الاستراحة .			
جـ- بطيء الحركة داخل فناء المدرسة .			

د- يشتم المهنيين داخل المدرسة			
هـ- يرفض الذهاب إلى إدارة المدرسة إذا دعت الضرورة إلى ذلك .			
و- يفضل البقاء في فناء المدرسة بمفرده .			
ز- اكتب هنا أي أشياء أخرى تلاحظها وتراها مهمة في وصف سلوك الحالة . - .... - .... -			
5- التقرير النهائي :			
أ- الجوانب الإيجابية .			
ب- الجوانب السلبية .			
جـ- السلوك الذي له أولوية العلاج مع تحديد أعراضه وأسبابه .			

رابعاً : الاختبارات النفسية :

تستخدم الاختبارات النفسية في مجالين : المجال الأول قياسي (سيكومترى) يعتمد على الكم في التعامل مع درجات الاختبار ، والمجال الثاني تحليلي يعتمد في الغالب على الكيف في التعامل مع الاستجابات . ونشير إلى كل مجال كالآتي :

المجال الأول : قياس الشخصية باستخدام الاختبارات السيكومترية:

الاختبارات السيكومترية التي نستخدمها في مجال الإرشاد يمكن تصنيفها في ضوء المحتوى إلى الأنواع الآتية : اختبار القدرات العقلية ، والاستعدادات ، واختبارات الشخصية التي تقيس جانباً واحداً مثل الشعور بالذنب والمخاوف أو التي تقيس أكثر من جانب مثل سمات الشخصية، وأنواع الانحرافات النفسية ، والاختبارات التحصيلية التي تقيس الحفظ والاستيعاب والتطبيق والتحليل والتركيب والتقويم .

في الاختبارات السيكومترية يتم وضع عبارات مقننة وظروف مقننة ، ومن خلال الاستجابة على الاختبار يتم وضع تقديرات كمية ، وفي هذا النوع يتم قياس الاستجابة : إما بطريقة الملاحظة المباشرة ، أو بطريقة التقرير الذاتي ، (المسترشد يقدم تقريراً عن نفسه من خلال الإجابة عن عبارات الاختبار) .

ونشير إلى بعض الموضوعات المرتبطة بالاختبارات السيكومترية :

1- أهداف الاختبارات السيكومترية :

يمكن تصنيف أهداف الاختبارات السيكومترية إلى نوعين هما :

أ) **قياس أقصى الأداء :** يتم ذلك من خلال قياس أفضلية الأداء أو سرعة الأداء أو تجويد الأداء . والإجراء المتبع في هذه الحالة ، أنه يتم وضع الشخص في موقف يتضمن تحدياً ويطلب منه أداء عمل معين كأن يقدم فكرة أو حلاً لمشكلة. ومن أمثلة الاختبارات في هذا المجال : اختبارات الذكاء ، واختبارات الاستعداد.

ب) **قياس الأداء النمطي :** يتم ذلك من خلال قياس الخصائص النفسية والعادات والاتجاهات والميول ، والتوافق ، وهذا النوع يركز على ما إذا كانت الخاصية موجودة أم لا ، وإذا كانت موجودة يحدد درجتها ودلالة هذه الدرجة ، مثل تحديد الاتجاهات هل هي إيجابية أم سلبية وهكذا .

والاختبارات السيكومترية قد تعتمد على اللغة (الاختبارات اللفظية) أو تعتمد على الرموز والأشكال (الاختبارات غير اللفظية) ، ولما كان النوع الأول يتطلب أن يجيد المفحوص مستوى من القراءة يسمح له بفهم التعليمات ودلالة العبارات ؛ فإن هذا النوع يقل استخدامه مع الأطفال فيما قبل المدرسة ، في حين أن النوع الثاني يصلح استخدامه مع الأطفال الذين لم تتمُ لديهم لغة التعبير بعد .

2- شروط الاختبار الجيد :

الاختبار الجيد يتوفر فيه عدة شروط أهمها :

أ) الموضوعية Objectivity : والمقصود بالموضوعية : أن أسئلة الاختبار لها المعنى نفسه عند مختلف أفراد العينة من ناحية ، ومن ناحية أخرى عدم اختلاف المصححين في تقدير الإجابات عن أسئلة الاختبار .

ب) الصدق Validity : والمقصود بصدق الاختبار : أن الاختبار يقيس ما وضع لقياسه .

جـ) الثبات Reliability : والمقصود بثبات الاختبار : أن الاختبار يعطي النتائج نفسها إذا ما استخدم أكثر من مرة تحت ظروف متماثلة ، ويشير الثبات إلى ناحيتين :

- أن وضع الفرد أو ترتيبه بالنسبة لمجموعته لا يتغير جوهرياً إذا أعيد تطبيق الاختبار عليه تحت ظروف متشابهة .
- مع تكرار تطبيق الاختبار ، نحصل على نتائج لها صفة الاستقرار .

3- طرق تطبيق الاختبارات السيكومترية :

توجد عدة طرق لتطبيق الاختبارات السيكومترية في مجال الإرشاد النفسي نشير إلى أهمها كالتالي :

أ) تطبيق الاختبار مع تسجيل الملاحظات : وفي هذه الطريقة يهتم المرشد النفسي بملاحظة انفعالات المسترشد والأنماط السلوكية الأخرى مثل : التردد ، تقليب صفحات الاختبار ، ترك بعض الأسئلة ، كثرة التفكير قبل الإجابة ، سرعة الاستجابة ... الخ . وهذه الطريقة تصلح في الإرشاد الفردي ، وفي الإرشاد الجماعي خاصة مع الجماعة الإرشادية قليلة العدد .

ب) تطبيق الاختبار بدون تسجيل الملاحظات : وفي هذه الطريقة يتم تحديد الفترة الزمنية للاختبار (يتم ذلك حسب نوع الاختبار) : وهذه الطريقة تصلح في

حالة الإرشاد الجماعي ، خاصة إذا كانت الجماعة الإرشادية كبيرة العدد ؛ مما يجعل من الصعوبة تسجيل ملاحظات على سلوك كل مسترشد على حدة .

ويلاحظ أن تفضيل طريقة عن أخرى يتوقف على عدة اعتبارات يأتي في مقدمتها : الهدف من تطبيق الاختبار ، خصائص المسترشد واستخدام أدوات أخرى بجانب تطبيق الاختبار مثل : الملاحظة والمقابلة ، فإذا استخدمت هذه الأدوات ؛ فإنها تحقق ما كان ينبغي تحقيقه إذا استخدمنا تسجيل الملاحظات أثناء تطبيق الاختبار .

4- مهارات المرشد النفسي عند تفسير نتائج الاختبار :

بعد الانتهاء من الاختبار يتفرغ المرشد النفسي إلى تفسير نتائج الاختبار ، وهناك من يفضل ضرورة إشراك المسترشد في تفسير نتائج الاختبار ، ولكن هذا يتوقف (من وجهة نظري) على خصائص المسترشد ، وفي حالة عدم إشراك المسترشد في تفسير نتائج الاختبار مع المرشد النفسي خطوة بخطوة فعلى الأقل يكون لديه علم بالنتيجة النهائية للاختبار ودلالة هذه النتيجة . أما بالنسبة لأهم المهارات في هذا الجانب فهي كما يلي :

أ) تحديد الجوانب الإيجابية والجوانب السلبية لشخصية المسترشد في ضوء نتائج الاختبار ، ويتم ذلك من خلال تحديد ومقارنة درجة أداء المسترشد على الاختبار بالمتوسط العام ، أو ترتيبه بالنسبة للعينة الكلية ، أو دلالة الدرجة على الاختبار .

ب) في حالة تطبيق أكثر من اختبار ، يتم تحديد مدى التشابه والاختلاف في نتائج الاختبارات، ويعاد تحديد الجوانب الإيجابية والجوانب السلبية لشخصية المسترشد في ضوء التشابه والاختلاف في نتائج هذه الاختبارات .

جـ) يجب وضع نتائج الاختبار في نسق تكاملي مع النتائج التي تم التوصل إليها باستخدام الأدوات الأخرى (مثل : الملاحظة والمقابلة ودراسة الحالة ، والسيرة

الذاتية ... الخ) حتى يمكن النظر إلى مشكلة المسترشد في ضوء هذا النسق الكلي ؛ وهذا بالطبع يحقق الكثير من الموضوعية عند التشخيص وتقويم نتائج العملية الإرشادية .

5- درجة صدق أداء المسترشد على الاختبار :

يرى البعض ضرورة الأخذ في الاعتبار العوامل التي تؤثر على صدق أداء المسترشد على الاختبار ، ومن هذه العوامل : ميل المسترشد لأخذ وجهة معينة في الإجابة عن أسئلة الاختبار ، أو إعطاء إجابات مرغوبة اجتماعية ، أو التخمين أو تحريف الإجابات ، وبالتالي كانت الحاجة إلى استخدام اختبارات أخرى تكشف عن الكذب والتخمين ، حتى نطمئن على صحة أداء المسترشد على الاختبار ، ويرى المؤلف أن هذه المخاوف يجب التقليل منها (وليس إنكارها كليا) في مجال الإرشاد لعدة أسباب يأتي في مقدمتها :

أ) من شروط القيام بعملية الإرشاد : وجود دافعية واتجاهات إيجابية لدى المسترشد نحو الإرشاد النفسي .

ب) المسترشد يأتي إلى المرشد ولديه رغبة في التعرف على مشكلته وحلها .

جـ) هناك فرق بين موقف المفحوص من الاختبار الذي يستخدم من أجل أغراض بحثية ، وموقفه كمسترشد من الاختبار الذي يستخدم كأداة لجمع البيانات بغرض تشخيص مشكلته وحلها ، ففي الحالة الأولى – يمكن أن يلجأ إلى أساليب تشكك من صدق أدائه على الاختبار ، ولكن قلما يلجأ إلى ذلك في الحالة الثانية ؛ للاعتبارين المذكورين (أ ، ب) .

6- أهمية استخدام الاختبارات السيكومترية في مجال الإرشاد عند التشخيص :

باستخدام الاختبارات السكومترية يمكن تحقيق الآتي :

أ) يمكن الحصول على بيانات محددة في مجال ما : الاتجاهات والميول ، والشعور بالذنب والقلق والمخاوف ، ومفهوم الذات ... الخ .

ب) يمكن التحقق من الفروض العلمية التي يضعها المرشد النفسي ، ولما كان الفرض العلمي عبارة عن توقع ما أو تحديد علاقة وظيفية بين أسباب معينة ومشكلة ما ، فيمكن للمرشد النفسي تطبيق الاختبارات المناسبة التي تحدد طبيعة هذه العلاقة الوظيفية أو التنبؤ بسلوك ما.

جـ) من خلال إجابات المسترشد على عبارات الاختبار يمكنه التعرف على ذاته ، ومعرفة الجوانب الإيجابية والسلبية لديه ، وبالتالي يتوفر لديه معلومات جديدة لم تكن لديه من قبل بهذا الوضوح .

7- عيوب الاختبارات النفسية السيكومترية :

نشير إلى عيوب الاختبارات النفسية السيكومترية في مجال الإرشاد النفسي حتى نبحث عن بدائل أخرى تقلل من هذه العيوب :

أ) في مجال الإرشاد النفسي لا يهمنا معرفة درجة الخاصية أو شدتها فقط ، ولكن يهمنا معرفة آثار هذه الخاصية على المسترشد ، وهذا لا يتحقق من خلال الاختبارات السيكومترية.

ب) المعلومات التي تلزم المرشد النفسي ليتخذ قراراً في ضوئها تتطلب أن تُجمع من مجالات متنوعة وكثيرة ، وهذه المجالات بتنوعها وكثرتها يصعب تمثيلها في أي موقف اختبار سيكومترى ، كما أن عبارات الاختبار هي عينة من المواقف أو عينة من السلوك ؛ وهذا يُصعّبْ من اتخاذ القرار عند التشخيص .

جـ) يركز الاختبار السيكومتري على قياس قدرة أو خاصية فقط ، وتكون منعزلة عن باقي القدرات أو الخصائص ؛ ويترتب على هذه العزلة غياب مفهوم التفاعل الدينامي بين القدرات أو الخصائص ، في حين أن الإرشاد النفسي ينظر

إلى سلوك المسترشد بنظرة كلية تفاعلية ، فالسلوك الاجتماعي مثلاً : يُنظر إليه في إطار الخصائص الجسمية والانفعالية والأخلاقية والعقلية للشخصية ...

د) معايير الاختبارات السيكومترية وُضعت في ضوء استجابات عينة من الأفراد على الاختبار ، وبالتالي يتم الحكم على سلوك المسترشد في ضوء مقارنة سلوكه بسلوك أفراد آخرين ، في حين ينظر إلى سلوك المسترشد بأنه سلوك ذاتي نابع من موقف خاص وفي ظروف خاصة .

هـ) في موقف الاختبار تكون مسئولية المرشد النفسي محدودة تنحصر في : إعطاء تعليمات الاختبار والاطمئنان على إتمام الإجابة عنه ، كما أن خصائص العلاقة الإرشادية لا تتوفر في موقف الاختبار ، ومعروف أن المسترشد يعطي معلومات خلال المقابلة أكثر من المعلومات التي يعطيها على بنود الإختبار .

المجال الثاني : تحليل الشخصية باستخدام الاختبارات الإسقاطية * : Progective tests

نتيجة لمحاولة تفادى قصور الاختبارات السيكومترية من حيث : تركيزها على سمات سطحية أو اعتمادها على التقرير الذاتي ، بالإضافة إلى القيود المفروضة على المفحوص من حيث التزامه بفترة زمنية محددة أو بضرورة اختيار إجابة من عدة إجابات أو التصحيح في ضوء الصواب والخطأ ، كل هذه الجوانب وغيرها أوجدت قيوداً على تلقائية استجابة المفحوص ، فكانت الحاجة إلى الاختبارات الإسقاطية .

1- مفهوم الإسقاط وأهميته :

والإسقاط في ضوء التحليل النفسي (خاصة لدى فرويد) يعرف بأنه "ميكانيزم دفاعي يلجأ إليه الشخص ليسقط مشاعره ودوافعه (خاصة اللاشعورية)

* يفضل البعض أن يطلق على الاختبارات الإسقاطية اسم الأساليب الإسقاطية لأن إجراءها لا يتقيد كثيرا بالشكليات ولأن تقدير الاستجابة وتفسيرها أكثر ذاتية .

على أشخاص أو موضوعات خارجية " ، بعد ذلك اتسع مفهوم الإسقاط ليشمل : العمليات الشعورية واللاشعورية على السواء وبالتالي أصبح الإسقاط يكشف عن ميول واتجاهات الفرد الواضحة ، وفي ضوء نظرية الجشطلت أصبح في الإمكان تكوين تصور كلي عن الشخص من خلال استجاباته للمثيرات .

وتقوم فكرة الاختبارات الإسقاطية على تقديم مثير غامض للشخص ثم يطلب منه أن يعطيه المضمون في ضوء إدراكه لهذا المثير ، باعتبار أن إدراك الشخص للمثير والاستجابة له يعكس جوانب شخصيته الديناميكية ، أو بمعنى آخر : أن الشخص يسقط على المثير أفكاره ومشاعره واتجاهاته ومخاوفه وأنواع الصراعات التي يعاني منها . " ولذلك يفترض في الاختبارات الإسقاطية أن ما يصدر عن المفحوص ، سواء كان تخيلياً أو تنظيمياً ، يكشف خصائص هامة وثابتة في شخصيته ، وهناك عدة أنواع من الاختبارات الإسقاطية يتميز معظمها بجميع أو بعض الخصائص التالية . (جوليان روتر ، 1984 ، 123 – 124)

1) صعوبة تحريف الإجابة أو معرفة الإجابة " الجيدة " من الإجابة " غير الجيدة " أو " الإجابة الصحيحة " من " الإجابة الخاطئة " وحتى إذا اتخذ المفحوص موقفاً دفاعياً لاشعورياً فإنه يعجز عن تجنب الكشف عن بعض المظاهر الخاصة به لأنه لا يعرف ما الذي يسعى وراءه المختبر .
2) حرية الاستجابة ، فبدلاً من أن تقتصر الاستجابة على نعم أو لا أو لا أدري ، أو بيان درجة الموافقة ، فإن في الإمكان تقديم استجابات متعددة تعدداً كبيراً ، فإذا طلب من مائة شخص مثلاً أن يحكوا قصة عن صورة ما ، فإنهم يروون مائة قصة مختلفة ، ومن المفروض بهذه الطريقة أن تكشف استجابات المفحوص عما هو هام وحاسم بالنسبة له ، فإذا عرض على مفحوصين مجموعة صور : نجد الأول – يرى فيها قصصاً تدور حول الموت أو الانتحار ، ونجد الثاني – يرى فيها الإنجاز والنجاح .
3) تفسير الاختبار يتناول متغيرات متعددة ، وهذا معناه إمكانية تقويم أنواع متعددة من المتغيرات أو قياسها .

2- عيوب الاختبارات الإسقاطية :

رغم وجود مميزات لاستخدام الاختبارات الإسقاطية فإن لها عيوباً أيضاً فيشير " جوليان روتر " إلى بعض الصعوبات أمام الاعتماد على الاختبارات الإسقاطية منها : أنه إذا حاولنا تصحيح الاختبارات الإسقاطية بطريقة موضوعية فإننا بذلك نفقدها بعض نمميزاتها . وحتى إذا وصلنا إلى الدرجات بطريقة موضوعية إلا أن تفسيرها يتطلب قدراً كبيرا من الأحكام الذاتية . ونتيجة لذلك فإن الاختبارات الإسقاطية على الرغم من قيمتها إلا أنها أميل إلى تقديم فروض منها إلى الحصول على "حقائق". وكذلك يحتاج القائم على إجرائها إلى تدريب وخبرة ، وغالبا ما تحتاج هذه الاختبارات إلى وقت أطول بكثير من الوقت الذي تتطلبه الأنواع الأخرى من مقاييس الشخصية وذلك عند إجرائها وتصحيحها وتفسيرها ، وثمة أدلة على أن كثيراً من العوامل الموقفية تؤثر على استجابات الأفراد على الاختبارات الإسقاطية .

في ضوء ما سبق ، فإن استخدام الاختبارات الإسقاطية والاختبارات السيكومترية في قياس الظواهر النفسية التي تتشكل بالعديد من المتغيرات الظاهرة وغير الظاهرة أو الشعورية واللاشعورية يعطي معلومات أكثر موضوعية وصدقاً وثباتاً .

ومن أمثلة الاختبارات الإسقاطية : اختبار الاتجاهات العائلية (ليديا جاكسون) Ledia Jacson ويستخدم للكشف عن الصراعات الداخلية لدى الأطفال والتي تنشأ بسبب العلاقات التي تقوم داخل الأسرة . واختبار تفهم الموضوع للأطفال Children's Apperception Test (C.A.T) واختبار تفهم الموضوع للكبار The Matic Apprecption Test (T.A.T) (هنرى مورى H. Murry وزميلته كريستانا مورجان C. Morgan) ، واختبار تكملة الجمل (جوزيف م. ساكس) .

ويمكن للقارئ مراجعة الكتب والمراجع المتخصصة في الاختبارات والمقاييس لمعرفة المزيد من المعلومات عن أنواعها وطرق بنائها ومعاييرها والتفسير السيكومترى والإكلينيكي للنتائج .

الفصل الثالث

التشخيص Diagnosis

مقدمـــة :

استخدم التشخيص أولاً في مجال الطب وكان يقصد به فحص الأعراض المرضية وتجميعها ثم نسبتها إلى مرض مع تحديد أسباب المرض، وفى مجال علم النفس استخدم التشخيص أولاً بالمعنى الطبي حيث يمكن جمع مجموعة أعراض ونسبتها إلى مشكلة أو اضطراب كأن نقول قلق ، مخاوف ، وساوس ، فصام . ثم استخدم التشخيص بمفهوم أوسع أطلق عليه التشخيص الدينامي حيث لا يكتفي بوصف المرض ولكن يهتم أيضاً بمعرفة المريض من حيث دوافعه واتجاهاته وصراعاته وقدراته وأساليب توافقه ... الخ . وعندما اتضحت معالم الإرشاد النفسي وأصبح له خصائصه وطرقه ومجالات اهتمامات تميزه عن العلاج كان من المنطقي اتساع مفهوم التشخيص في الإرشاد النفسي ليشمل المشكلة والمسترشد كما في شكل التشخيص الدينامي ولكن بمعان أوسع كما سيتضح من موضوعات هذا الفصل والذي يتضمن الآتي :

أولاً : التعريف والأهداف والأهمية .

ثانياً : خطوات التشخيص .

ثالثاً : مرجعية التشخيص .

رابعاً : نموذج يتضمن أهم خطوات تشخيص مشكلة .

الفصل الثالث

التشخيص Diagnosis

أولاً : التعريف والأهداف والأهمية :

1- تعريف التشخيص :

يدخل التشخيص في صميم عملية الإرشاد النفسي ، وهو علم وفن ويقوم على نتائج عملية جمع المعلومات عن المسترشد وتصنيفها وتحليلها وتفسيرها . والتشخيص في اللغة " مصدر الفعل شخص ، ويقال شخص الشيء : بمعنى عينه وميزه عما سواه . ويقال شخص الداء وشخص المشكلة أي حددها (المعجم الوجيز ، 1999 ، 237) والمعنى الفلسفي للتشخيص يقترب من المعنى اللغوي حيث يعني تحديد خصوصية الشيء ، وجودة المتفرد وتعيّنه وتحديد هويته . وتتحدد قيمة التشخيص بفائدة وصدق المعلومات التي يتم جمعها .

عندما يتم التشخيص في ضوء نتائج الاختبارات النفسية أو السيرة الذاتية أو دراسة الحالة دون مقابلة المسترشد ، في هذه الحالة يطلق عليه تشخيص غيابي Blind diagnosis. وعندما يتم التشخيص بمقابلة المسترشد في هذه الحالة يطلق عليه مقابلة تشخيصية Diagnosis interview ويكون التشخيص نقطة البداية لبناء علاقة إرشادية ، وقد تتم المقابلة الشخصية في جلسة إرشادية واحدة أو تتم في أكثر من جلسة إرشادية .

في ضوء ما سبق يمكن تعريف التشخيص بأنه " مجموعة الإجراءات المستخدمة في تحديد مشكلة ما ثم تحديد خصوصيتها وهويتها المتفردة وتمييزها عما سواها (التشخيص التفريقي) وتشمل الإجراءات أيضاً معرفة خصائص

المسترشد صاحب المشكلة . ويمر التشخيص بخطوات متتالية بحيث تمهد كل خطوة إلى الخطوة التالية وتبدأ هذه الخطوات بتحديد المشكلة ثم الإعداد للتشخيص ثم تهيئة المسترشد للتشخيص ثم التزود بالمعلومات وتنظيمها ومعالجتها وتفسيرها ثم تكوين فروض تشخيصية وتنبؤية ثم وضع الفروض على محك الاختبار للتأكد من صدقها وأخيراً يتم كتابة التقرير النهائي. ونظراً لأن التشخيص علم وفن فإن تشخيص المشكلة يجب أن يتم في ضوء مرجعيات علمية مثل المعايير الدولية ونتائج نظريات علم النفس .

2- أهداف التشخيص :

يمكن تحديد أهداف التشخيص في هدفين رئيسيين (يتفرع من كل هدف أهداف فرعية أخرى) وهما كما يلي :

أ- هدف علمي :

حيث يتم التركيز على المشكلة والمسترشد من خلال :

1) تصنيف المشكلة وتحديد مجالها وأبعادها .

2) تحديد أعراض المشكلة وأسبابها .

3) التمييز بين الأعراض الرئيسية والأعراض المصاحبة .

4) تحديد خصائص المسترشد .

5) الكشف عن آثار المشكلة على المسترشد وعلى الآخرين .

6) الكشف عن ردود أفعال المسترشد للمشكلات التي يتعرض لها .

7) التنبؤ بالمسار المحتمل للمشكلة .

ب- هدف عملي :

حيث يتم التركيز على علاج المشكلة من خلال :

1) تكوين فروض للعمل قائمة على فهم المسترشد وفهم مشكلته مع تحديد هل حل المشكلة يحتاج إلى نصائح إرشادية أم يحتاج إلى برنامج إرشادي .

2) التخطيط لبرنامج إرشادي ملائم .

3) تحديد مدى تقدم المرشد النفسي في العملية الإرشادية .

3- أهمية التشخيص :

الاعتماد على التشخيص في الإرشاد النفسي يحقق الآتي :

1) يوفر الوضوح لمشكلة المسترشد وخصائصه وبيئته .

2) يساعد على اختيار استراتيجية إرشادية مناسبة .

3) يساعد على ترتيب أولويات العمل ، هل سيتم تعديل المعارف أم تعديل السلوك أم تعديل الاثنين معا .

4) يوفر معلومات تُبنى عليها طرق التعامل مع المسترشد أو مع القائمين على تربيته .

ثانيا : خطوات التشخيص :

يمر التشخيص بعدة خطوات متتالية وهي تحديد المشكلة ، الإعداد للتشخيص ، التزود بالمعلومات ، معالجة المعلومات وتفسيرها ، تكوين فرض تشخيصي ، تكوين فرض تنبؤي ، وضع الفرض على محك الاختبار ، التقرير النهائي . وسوف نشير إلى كل خطوة كما يلي :

1- تحديد المشكلة :

يشعر الشخص بوجود مشكلة لديه عندما يجد نفسه في موقف غير مرغوب ولا يعرف كيف يتصرف فيه أو عندما يوجد أمامه بدائل ولا يستطيع اختيار بديل منها أو عندما يفشل في توظيف طاقاته وقدراته في تحقيق أهدافه .. الخ . في هذه الحالات تكون المشكلة واضحة المعالم ويمكن الاستدلال عليها من الشخص نفسه أو من ملاحظة سلوكه في مواقف الحياة اليومية . وقد تكون المشكلة غير واضحة المعالم ويصعب الاستدلال عليها ويرجع ذلك إلى عدة عوامل منها : نقص أو تشويه

المعلومات المرتبطة بها أو عدم وجود استجابات ظاهرة محددة تصفها أو أن الشخص يقاوم تذكرها والحديث عنها بوضوح . وقد ترتبط المشكلة بالشخص نفسه عندما تكون الصعوبات ناتجة عن أفكاره واتجاهاته وسلوكياته وكفاءته وقد ترتبط المشكلة بعلاقة الشخص مع الآخرين أو مع البيئة أو مع الظروف الحالية .

توجد مصادر متعددة يتم من خلالها الإعلان عن وجود مشكلة وطلب خدمات إرشادية لحلها ومن أهمها ما يلي :

أ- شكوى من الشخص نفسه صاحب المشكلة .

ب- شكوى من القائمين على تربية الشخص مثل الوالدين والمعلم والأخصائي الاجتماعي والأخصائي النفسي وطبيب المدرسة وإدارة المدرسة .

جـ- شكوى من أشخاص مهمين للشخص مثل : الأخوة والأصدقاء والأقارب .

د-الإحالات التي تتم من جهات رسمية مثل المستشفيات ومصلحة السجون .

هـ- إجراء بحوث ودراسات يكون الغرض منها تحديد مدى شيوع مشكلة ما في مجتمع بعينه له خصائص معينة ثم وضع برنامج إرشادي لحلها .

2- الإعداد للتشخيص :

تشمل مرحلة الإعداد للتشخيص عدة خطوات نشير إليها بإيجاز كما يلي :

أ) أخذ الموافقات من المسترشد أو من يقوم برعايته أو تعليمه . مع تحديد إمكانية مساعدتهم في إعطاء معلومات عن المشكلة والمسترشد .

ب) تهيئه المسترشد للتشخيص :

يقوم المرشد النفسي في هذا الجانب بالتأكيد على أهمية الاقتناع وممارسة التوجهات الآتية :

- أن المسترشد ليس الحالة الوحيدة التي لديها مشكلة .

- وفرة المعلومات يساعد في تحديد المشكلة والتعرف عليها ، وتحديد خصائص المسترشد .

- المعلومات الصادقة توفر الكثير من الوقت والجهد عند التشخيص .
- أهمية مشاركة المسترشد في التشخيص .
- أهمية إمداد المرشد النفسي بأي معلومات جديدة لا يتم التطرق إليها أثناء مرحلة التشخيص .

3- التزود بالمعلومات وتنظيمها :

يتم الحصول على المعلومات بطرق ثلاث :

الأولى : معلومات أولية عن المسترشد ومشكلته ويتم التزود بها من مرشد نفسي آخر أو من القائمين على تربيته أو من جهة عمله أو من مؤسسة اجتماعية مثل مصلحة السجون ...الخ .

الثانية : معلومات يتم الحصول عليها من تطبيق أدوات جمع المعلومات والتي أشرنا إليها وهي المقابلة والملاحظة ودراسة الحالة والاختبارات النفسية يضاف إليها السيرة الذاتية للمسترشد التي يكتبها بنفسه .

الثالثة : معلومات يتم الحصول عليها أثناء المقابلة من خلال ردود أفعال المسترشد للمواقف الإرشادية وما يصرح به للمرشد النفسي والتناقضات التي تظهر بين أقواله وأفعاله .

بعد جمع المعلومات يتم تنظيمها ويتم هذا التنظيم في ضوء الإطار المرجعي للمرشد النفسي أو في ضوء الطريقة التي يتم بها جمع المعلومات .

4- معالجة المعلومات وتفسيرها :

يتم معالجة المعلومات بطريقتين هما : الطريقة الكمية والطريقة التحليلية ونشير إليهما كما يلي :

أ) الطريقة الكمية Quantitative method :

تقوم الطريقة الكمية على رصد استجابات المسترشد على الاختبارات النفسية وتحويلها إلى تقديرات كمية تكون صالحة للمعالجات الإحصائية . في بعض

الأحيان يتم قياس وجود الخاصية فقط عندما يجاب على الاختبار بنعم / لا وفي أحيان أخرى يتم قياس وجود الخاصية وشدتها باستخدام مدرج للاستجابة يحدد الفروق في الشدة مثل: توجد بدرجة: شديدة، متوسطة، بسيطة، لا توجد .

يتم تفسير الدرجة باستخدام أسلوب إحصائي مناسب مثل : التكرارات المتوسط والوسيط ومعامل الارتباط ... الخ ، ثم يستخلص منه مؤشرات أداء المسترشد أو سمات شخصيته أو خصائص أخرى مثل الميول والاتجاهات أو وجود مشكلات سلوكية أو اضطرابات انفعالية .

هذا النوع من المعالجات الإحصائية يستخدم عندما يكون الهدف من التشخيص تحديد وجود خصائص معينة لدى المسترشد أو تحديد قاعدة من المعلومات عن المشكلة والمسترشد قبل تطبيق البرنامج الإرشادي ، وهذه المعلومات سيكون لها فائدة في المقارنات التي تتم قبل تنفيذ البرنامج وأثناء تنفيذه وبعد الانتهاء من تنفيذه .

المعلومات التي يتم تجميعها وتحويلها إلى تقديرات كمية ثم معالجتها إحصائياً مثل هذه المعلومات تحقق درجة من الموضوعية ؛ لأن المرشد النفسي لا يتدخل في تصنيفها بشكل معين أو انتقائها ، ومع ذلك فإن الاعتماد عليها فقط في التشخيص لا يحقق أهداف التشخيص التي أشرنا إليها سابقاً ؛ ولذلك لابد وأن يعتمد المرشد النفسي على الطريقة الثانية التي تقوم على التحليل بجانب الطريقة الكمية (السيكومترية) .

ب) الطريقة التحليلية : Analytical method

عندما يكون هدف التشخيص تقييم شخصية المسترشد من حيث خصائصه والصعوبات التي يواجهها بجانب تشخيص مشكلته ، ومعرفة التطور التاريخي لهذه المشكلة ، فإن ذلك يتحقق باستخدام الطريقة التحليلية .

عند استخدام الطريقة التحليلية يهمنا توضيح كيفية تعامل المرشد النفسي مع المعلومات كما يلي :

من المبادئ التي يقوم عليها التشخيص مبدأ وفرة المعلومات وهذا يتطلب تطبيق أكثر من أداة لجمع المعلومات ، ونظراً لأن المعلومات التي يمكن جمعها كثيرة وقد يكون من الصعب حصرها ؛ فينبغي أن يركز المرشد النفسي على المعلومات التي ترتبط بالمشكلة بشكل مباشر ، ويحدد المرشد النفسي هذه المعلومات من خلال : رصيده المعرفي في مجال تخصصه وخبرته المهنية وتدريبه المستمر . ويتطلب معالجة المعلومات تنقيتها ، أي تحديد المهم والأهم ويمكن تحقيق ذلك باستخدام طريقة الوزن النسبي لكل معلومة (أي وضع درجة لكل معلومة) ويأتي بعد تنقية المعلومات تحديد الأفكار الرئيسية ويمكن إنجاز هذه الخطوة عن طريق التركيز على ما تم التوصل إليه أو مقارنة المعلومات ببعضها أو وصف المعلومات بذكر الخصائص التي توجد فيها .

عندما يقوم المرشد النفسي بجمع المعلومات وتصنيفها وتنقيتها واستخراج الأفكار الرئيسية منها ، لابد وأن يكون له وجهة نظر علمية وتظهر قيمة وجهة النظر العلمية عندما نعرف أننا نرى ونهتم بالمعلومات التي لها قيمة خاصة ، فالمعلومات بهذا انتقائية بالضرورة ، ولكن يجب ألا تكون ذاتية مبنية على عاطفة أو تحيز تدفع المرشد النفسي أن يرى فقط ما يريد أن يراه ، حتى وإن كان لا يستطيع أن يؤيده بأدلة واضحة ، ولكن وجهة النظر الخاصة بالمرشد النفسي لا تعني الذاتية في التشخيص (بالمعنى الضيق للكلمة) ولكن هي وجهة نظر علمية تكونت من التراكم الإيجابي للمعرفة والخبرة والتدريب والممارسة . وعن طريق التصحيح الذاتي المستمر أثناء خطوات التشخيص والبحث المستمر عن الدليل لصحة ما يقول؛ يمكن للمرشد النفسي أن يكون أكثر موضوعية وأقل ذاتية .

التفسير :

يلي مرحلة تحديد الأفكار الرئيسية مرحلة التفسير ومعناه استخلاص الدلالات من النتائج التي تم التوصل إليها حتى يجعل ما تم التوصل إليه مفهوماً ويتم ذلك بطريقتين :

أ) تقويم دلالة وصدق النتائج في ضوء المنطق أو نظريات الإرشاد النفسي أو المعايير الدولية .

ب) تقويم دلالة وصدق النتائج في ضوء نتائج البحوث والدراسات في مجال المشكلة .

وقوة التفسير معناها : إمكانية إعادة التفسير نفسه إذا وُجد الإطار نفسه الذي تم في ضوئه التفسير ، ولذلك يتطلب التفسير توفر الموضوعية بمعنى : توفر الصدق في محتوى المعلومات وتوفر الثبات إذا تم تداول هذه المعلومات (محمد سعفان ، 2001 ، (ب) ، 90).

ويوجد للتفسير عدة أنواع نذكرها بإيجاز كما يلي :

أ- تفسير وصفي : يشير بشكل مباشر إلى خصائص محددة مثل : الميول والاتجاهات والشعور بالذنب .

ب- تفسير سببي : يشير إلى أسباب الأعراض أو أسلوب المسترشد في الحياة أو معوقات البيئة أو خصائص المسترشد المرتبطة بالمشكلة .

جـ- تفسير تنبؤي : يشير إلى توقعات نجاح البرنامج الإرشادي في حل المشكلة وما سيكون عليه المسترشد في المستقبل ، وأيضاً الجوانب أو الخصائص التي يمكن أن تتغير ودرجة تغيرها . ويجب أن يتصف التنبؤ بالمرونة مع عدم تعميمه .

الأهداف الرئيسية للتفسير هي تشخيص المشكلة وتحديد خصائص المسترشد ، ولأهمية الموضوعين في مجال التشخيص نعرض لهما :

الموضوع الأول : تشخيص المشكلة :

نشير في هذا الجانب إلى الموضوعات التي توضح معنى تشخيص المشكلة وهي : التعرف على المشكلة ومكونات المشكلة ونوع المشكلة وأسباب وجود وبقاء المشكلة على النحو التالي :

أ- التعرف على المشكلة :

يتم التعرف على المشكلة من خلال الأعراض والأسباب الكامنة وراء الأعراض الدالة على وجود المشكلة ؛ لأن الأعراض لا تحدث من تلقاء نفسها ولكن الأعراض تعكس مواقف أو أفكاراً هي المسئولة عنها ، وهذا ما نسميه بالأسباب . وقد تكون الأعراض شديدة واضحة يمكن ملاحظتها بسهولة أو تكون متخفية لا يمكن معرفتها إلا عن طريق التقرير اللفظي من المسترشد أو من القائمين على تربيته وقد يتطلب الأمر استخدام اختبارات إسقاطية لتحديد هذه الأعراض والأسباب . وقد يظهر العرض الواحد نتيجة سبب نفسي أو أسباب نفسية كثيرة ويلاحظ أيضاً أن عدداً كبيراً من الأعراض قد يكون لها أسباب نفسية كثيرة ، أو يكون لها سبب واحد .

وفي مجال الإرشاد النفسي نهتم بالتعرف على الأعراض الداخلية والخارجية وأيضاً نهتم بتحديد وظيفة العرض والمكاسب الأولية والثانوية التي يحققها المسترشد من ورائها . ومن المهم إشراك المسترشد في تحديد الأعراض والأسباب ؛ لأنه هو الذي يشعر بالمشكلة ويعايشها .

ب- مكونات المشكلة :

في مجال الإرشاد النفسي يهمنا معرفة مكونات المشكلة وهي ثلاثة : الاستجابات ، الزمن ، الموقف ، ونشير إليها كما يلي :

1- الاستجابات : عند التشخيص لا نكتفي بوصف الأعراض والأسباب ولكن يجب معرفة استجابات المسترشد والتي يتخذها في مواجهة مواقف معينة بغرض

التخفيف من حدة توتره ، ويمكن التمييز بين الاستجابة السوية والاستجابة غير السوية من خلال شدة الاستجابة (والتي تتحدد بمعايير التكرار والمدة) وشكل الاستجابة :

أ) شدة الاستجابة : يمكن تحديدها من خلال التكرار والمدة كما يلي :

* التكرار : يعرف بأنه عدد المرات التي يحدث فيها السلوك في فترة زمنية محددة .

* المدة الزمنية : تتحدد المدة بطريقتين :

الأولى : طول الزمن الذي يستغرقه المسترشد في المرة الواحدة .

الثانية : طول الزمن الذي تم ملاحظة سلوك المسترشد فيه .

ب) شكل الاستجابة : يتم الحكم على شكل السلوك في ضوء المتعارف عليه من عادات وتقاليد المجتمع ومعايير السلوك السوى في كل مرحلة نمائية ، ومن أشكال السلوك : الكتابة والمشي وارتداء الملابس والنظر إلى الآخرين واللزمات الحركية ... الخ .

2- الزمن : في هذا الجانب يتم تحديد بداية ظهور المشكلة والوقت التي تظهر فيه ، ويمكن الاعتماد على دراسة الحالة والمقابلة لمعرفة تطور المشكلة عبر مراحل نمو المسترشد والأوقات التي تظهر فيها ودلالة هذا الوقت في فهم المشكلة .

3- موقف المشكلة Problem situation :

لا يوجد سلوك بدون موقف ويتشكل موقف المشكلة من الأشخاص أو الظروف أو الأحداث أو الأشياء التي تثير المشكلة أو تعمل كمعززات لبقاء السلوك واستمراره ، وموقف المشكلة قد يكون فكرياً (عادات ، تقاليد ، قوانين، أوامر ونواهي الدين) وقد يكون ظروفاً أو أحداثاً مجتمعة تمثل معوقات (موت شخص ، تدهور الحالة الصحية ، ترك العمل ، انخفاض الدخل المادي ، مشكلات أسرية) .

يضاف إلى ما سبق أهمية تحديد المكان الذي نشأت فيه المشكلة (المنزل ، المدرسة ، النادي ، .... الخ) والظروف التي حدثت فيها المشكلة ، ومن الأمثلة على ذلك :

المرشد : س1- أين حدثت المشكلة ؟

إجابة المسترشد (في الأسرة) .

المرشد : س2- في أي ظروف حدثت ؟

إجابة المسترشد (عندما جلسنا وتبادلنا الحديث عن نفقات المنزل) .

الاهتمام بدراسة الموقف عند التشخيص على النحو السابق يعطي ميزة للتشخيص الدينامي في الإرشاد : فبدلاً من الاهتمام بتحديد أسباب وأعراض المشكلة فقط – كما هو شائع عند التشخيص ؛ فإن فهم موقف المشكلة يتطلب دراسة العمليات الإدراكية المعرفية لدى المسترشد لمعرفة كيفية إدراكه وفهمه للموقف بهذا الشكل " (محمد سعفان ، 2001 ، (ب) ، 172) .

جـ- نوع المشكلة :

لأغراض عملية يتم تصنيف المشكلات في مجال الإرشاد النفسي إلى الأنواع الآتية:

1- **مشكلات شخصية :** مثل : عدم تحمل المسئولية ، الاعتمادية ، عدم الشعور بالأمن ، عدم مواجهة المواقف الضرورية ، الشعور بالذنب .
2- **مشكلات اجتماعية :** مثل : سوء التوافق الاجتماعي مع نقص المعلومات حول البيئة وإمكانياتها ، الصراع مع الآخرين .
3- **مشكلات أسرية :** مثل : اضطراب العلاقات العاطفية بين أعضاء الأسرة ، سوء المعاملة الوالدية ، الطلاق ، عدم الإنجاب .
4- **مشكلات تربوية :** مثل : صعوبة الاستذكار ، انخفاض التحصيل الدراسي ، عدم التوافق مع البيئة المدرسية أو زملاء المدرسة أو أعضاء هيئة التدريس .

5- مشكلات مهنية : مثل : عدم اختيار التخصص المناسب ، أو ممارسة عمل غير مناسب ، مشكلات بيئة العمل مثل : الإضاءة والتهوية وبُعد المكان ووقت العمل.

6- مشكلات صحية : مثل : وجود أمراض جسمية مزمنة أو حادة مثل ضغط الدم والسكر أو وجود إعاقات جسمية مثل الشلل والروماتزم أو إعاقات حسية مثل الإعاقة البصرية والإعاقة السمعية .

7- مشكلات مالية : مثل : عدم ممارسة العمل ، عدم كفاية الدخل ، عدم الموازنة بين الدخل والإنفاق .

في داخل كل نوع من الأنواع السابقة يمكن تصنيف المشكلة إلى نوعين كما يلي :

أ) مشكلة فكرية مثل : الاتجاهات ومفهوم الذات والشعور بالذنب .

ب) مشكلة عمليَّة مثل : صعوبة الاستذكار وصعوبة التعامل مع الآخرين .

تصنيف المشكلات على النحو السابق يساعد في تحديد الإجراءات المناسبة مع كل حالة على حدة .

د- أسباب وجود وبقاء المشكلة :

لا يكفي معرفة المشكلة وتصنيفها ولكن لابد من معرفة أسبابها وأيضاً معرفة أسباب عدم قدرة المسترشد على حلها ، ويمكن تلخيص الأسباب المحتملة كما يلي :

1- أخطاء نمائية مثل : عدم النمو أو تأخر النمو أو انحراف النمو .

2- نقص الكفاءة الشخصية : مثلً عدم القدرة على التعلم أو الأداء الوظيفي أو ممارسة الأنشطة اليومية ، وقد يرجع ذلك إلى وجود أمراض جسمية أو اضطرابات انفعالية ... الخ .

3- نقص المعلومات عن الذات من حيث تحديد كفاءتها وحاجاتها الضرورية ونظام القيم لديها.

4- **تشويه المعلومات الصحيحة** واستبدالها بمعلومات سلبية انتقائية لتؤيد وجهة نظر المسترشد فقط .

5- **استخدام عمليات عقلية غير منطقية** مثل المبالغة والتعميم وأحادية الاتجاه في التفكير .

6- **أخطاء في وضع الأولويات** وتحديد الأساليب الفعالة لتحقيقها .

7- **تراكم الخبرات السلبية** التي تكوّن الشعور بالذنب وسلوك تجنب الآخرين والشعور بالنبذ.

8- **التشاؤم** ، وهو رؤية الجانب السلبي فقط في الأشياء والأفكار مع توقع المصائب والحوادث والإخفاقات والعقاب .

9- **اضطراب المزاج العام** ، مما يجعل الشخص في حالة استثارة دائمة للأشياء الهامة وغير الهامة على السواء .

10- **الصراعات النفسية بين الدوافع والرغبات** ، أو بين الذات الواقعية والذات المثالية .

11- **الصراعات الثقافية** ، بين العادات والتقاليد والقانون والدين .

12- **عدم مواجهة المشكلة واللجوء إلى الميكانيزمات الدفاعية** مثل : الكبت والإسقاط والتبرير.

13- **نقص المعلومات عن البيئة من حيث خصائصها وإمكانياتها** ، والمقصود بالبيئة هنا : البيئة الطبيعية مثل : المناخ والضوء ، والبيئة المشيدة مثل المنازل والمدارس والبيئة الثقافية مثل : العادات والتقاليد والقانون والدين .

14- **صعوبة تحديد أي الأفكار والسلوكيات والظروف التي يمكن تغييرها كلياً أو** جزئياً والتي لا يمكن تغييرها ويجب تقبلها والتي لا يمكن تغييرها ويجب تجنبها أو رفضها والتي يمكن إرجاؤها بعض الوقت حتى تتغير الظروف .

الموضوع الثاني : معرفة نمط المسترشد Type of Consele :

أولاً : أنماط مرغوبة :

ويندرج تحت هذا التصنيف الأنماط الآتية :

أ- النمط السهل : Easy type

المسترشد في هذا النمط يكون لديه الحالة المزاجية طيبة ، ويستطيع أن يتوافق بسهولة للظروف الجديدة أو غير المألوفة . ولديه الدافع والأمل لإمكانية تحقيق أهدافه حتى في حالة وجود عقبات أمامه .

ب- النمط الكفء : Efficient type

المسترشد في هذا النمط يكون لديه قدرات ومعارف ومهارات تساعده في إنجاز الأهداف التي يضعها لنفسه .

جـ- النمط الإرادي : Voluntary type

المسترشد في هذا النمط لديه حرية الفعل في أن يفعل أو لا يفعل ، ويستطيع أن يقاوم ويتحمل ويعدل ويساير ويبدع ويبتكر ، ويتعلم كيف يشبع رغباته وكيف يؤجل إشباعها ، وكيف يستفيد من النجاح والفشل ، وكيف يلاحظ ويتعلم من كل خبرة يمر بها ، وكيف يشعر أنه مسئول عن تصرفاته ، مع ملاحظة أن التعبير عن الإرادة قد يكون سلبياً ، كما في حالة المسترشد الذي يرفض التفاعل مع الآخرين بوصفهم تهديداً لهويته أو أنهم أشرار . وقد يكون التعبير عن الإرادة إيجابياً كما في حالة التعاون مع المرشد النفسي أو مع الآخرين .

د- النمط المشارك وجدانياً : Affective participator type

المسترشد في هذا النمط لديه القدرة على مشاركة الآخرين في أفراحهم وأحزانهم ولكن مع الاحتفاظ بشخصيته من حيث خصائصها وتماسكها ، أي أن الاستقلال الشخصي يكون لديه متوافراً رغم مشاركته وانتمائه للمجموعة ، ويساعد على ذلك إذا كان المسترشد من النمط الإرادي: حيث يستطيع أن يحدد الوجهة التي يتجه إليها عند تعامله مع الآخرين .

هـ- النمط الديني : Religious type

المسترشد في هذا النمط يتشكل سلوكه في ضوء : القيم والمعايير والأوامر والنواهي للدين الذي يعتنقه ، وأشير هنا للفرق بين الفعل الأخلاقي والفعل السيكولوجي الإرادي ، الأول يحكم عليه من زاوية الخير والشر ، والثاني يحكم عليه من زاوية السواء واللاسواء، فالأول يندرج تحت النمط الديني والثاني يندرج تحت النمط السيكولوجي ، وهذا لا يمنع من اندماج النمط الإرادي والنمط الديني معاً .

ثانياً : أنماط غير مرغوبة :

يندرج تحت هذا التصنيف الأنماط الآتية :

أ- النمط الاستهوائي (الإيحائي) : Suggestive type

يوجد نمطان للاستهواء :

الأول : الاستهواء الإيجابي ويتصف المسترشد في هذا النمط بتقبله لأفكار الآخرين دون نقدها ، ويكون شخصاً منصاعاً ، ولا يستفيد من خبرات الآخرين .

الثاني : الاستهواء السلبي ويتصف المسترشد في هذا النمط بفعل عكس ما يطلب منه أو بعدم فعله .

ب- النمط الخامل : Slow to warm up type

يتصف المسترشد في هذا النمط ببطء الانفتاح على الآخرين ، وقلة النشاط، والميل إلى الانسحاب من المواقف الجديدة وعدم وجود دافع لبذل الجهد في التعليم أو العمل ، ويميل إلى تجنب أي مواقف تدفعه إلى إقامة علاقة إنسانية . ويجد المرشد النفسي صعوبة كبيرة في إيجاد علاقة إرشادية مع المسترشد صاحب هذا النمط .

جـ- النمط الصعب : Difficult type

يتصف المسترشد في هذا النمط بعدم وجود أنماط منتظمة في شخصيته ، كما أنه يستجيب بشدة لما يفرض عليه ويحتاج إلى وقت طويل حتى يتوافق مع الظروف الجديدة أو غير المألوفة .

د- النمط أحادي النظرة : One-idead type

في هذا النوع نجد المسترشد ينظر إلى العالم والأحداث من منظور واحد ، وهذا بالطبع يجعله يتحامل على الظروف ، ويصدر أحكاماً مسبقة ، ويعزو الأسباب دائماً إلى أمور خارجية ، وهذا النمط يؤثر سلباً على سير العملية الإرشادية .

هـ- النمط المرتاب : Sceptic type

يُوصف المسترشد في هذا النمط بالتردد بين الإثبات والنفي ، فلا يستطيع أن يحدد هل هو مذنب أم لا ، هل صدر عنه هذا السلوك أم لا . وأثناء سير العملية الإرشادية ، يمكن أن يذكر معلومات ثم ينكرها ، ثم يؤكد على صحتها ، وهكذا . وهذا النمط يعطي معلومات لا يتوفر فيها الصدق والثبات وهذا يؤثر سلبياً على فرص التشخيص وحل المشكلة .

و- النمط النرجسي : Narcissistic type

في هذا النمط يكون المسترشد مغروراً ويكرر دائماً العبارات التي تشير إلى تفوقه وإلى الاهتمام بمظهره ، ويشعر أن لديه ثقافة عالية بالمقارنة بثقافة المرشد النفسي وبثقافة الآخرين ، ولذلك نجده غير راض باستمرار عن الاقتراحات التي يقدمها المرشد النفسي ، بل يبحث عن اكتشاف العيوب والأخطاء (من وجهة نظره) في كل فكرة أو رأي أو حتى تعليق من قبل المرشد النفسي : ويميل دائماً إلى التقليل من قيمة الآخرين ، هذا النمط ينظر إلى الموقف الإرشادي على أنه فرصة لإظهار قدراته ومهاراته ، ويشعر بالسعادة عندما يجد المرشد النفسي يستمع إليه باهتمام ويثني عليه .

ز- النمط السادي : Sadistic type

في هذا النوع : يسيطر على المسترشد التشاؤم ، ويعتقد أن الشر هو السائد في هذا العالم ، والمسترشد من هذا النوع يستمتع بسماع القصص التي تحكي أخطاء وآلام الآخرين ؛ ولذلك فهو يفضل أن تكون إجراءات حل المشكلة متضمنة عقاب الآخرين ، أو ترك الآخرين، أو إهمال الآخرين وهكذا . والسبب وراء ذلك ؛ أن هذه الإجراءات توفر له فرص الاستمتاع بمعاناة الآخرين .

5- تكوين فرض تشخيصي :

يستخدم الفرض Hypothese في اللغة بمعنى التجويز أي الحكم بجواز الشيء ، والفرض في المنطق هو قضية أو فكرة توضع ثم يتم التحقق من صدقها أو خطئها . والفرض في علم النفس يتضمن المعاني السابقة حيث إنه يصف ما يسعى الباحث للبرهنة عليه ويتم التحقق منه عن طريق جمع المعلومات ووضعها في صورة رقمية ثم معالجتها بالأساليب الإحصائية (التقدير الكمي) أو جمع المعلومات وتنظيمها واستخراج النتائج منها (التقدير الكيفي) .

ويتم صياغة الفرض في عبارات تقريرية مباشرة مثل : توجد فروق دالة إحصائياً في الشعور بالذنب بين الانبساطيين والانطوائيين لصالح الانبساطيين ، وقد يتم صياغة الفرض في صورة صفرية مثل : لا تؤثر وفاة الزوج على البناء النفسي للزوجة ، ولأغراض تحليلية يمكن وضع فروض تفسيرية مثل :

(أ) أن سلوك عد النقود القهري لدى المسترشد هو رمز لرغبته في الانضباط وعدم نسيان شيء .

(ب) أن مص الأصابع لدى المسترشد هو رمز للشعور بالذنب المرتبط بسلوك الاستمناء .

ومن شروط الفرض الجيد : أن يكون قابلاً للتحقيق بمعنى أن يتيح فرص استخدام الأدوات العلمية للتحقق منه وأن يكون متسقاً مع التراث الأدبي في مجال

الظاهرة وأن يُحددَ علاقة بين متغيرات محددة وأن يتم صياغته في ألفاظ لغوية سهلة وواضحة .

6- تكوين فرض تنبؤي :

التنبؤ هو توقع علمي لما ستكون عليه المشكلة في المستقبل وكذلك الحالة التي سيكون عليها المسترشد في المستقبل ، فيذكر المرشد النفسي مثلا أن المسترشد سوف يبذل جهدا في المدرسة يتناسب مع قدراته وميوله المهنية حتى يحقق درجة مرتفعة من التوافق الدراسي ، ومع ذلك فإن علاقات المسترشد مع الوالدين قد لا تصل إلى درجة التحسن المطلوبة ، مما يتطلب استمرار تقديم خدمات إرشادية في هذا الاتجاه . وإذا كان الفرض التفسيري صحيحا فمن الممكن التنبؤ بنتائج معينة ومنها أن المعلومات التي سنجمعها عن المسترشد سوف تحقق صحة الفرض وتؤكده . ويراعى في هذا الاتجاه عدة شروط منها أن يكون الفرض مرنا أي يتقبل التعديل في ضوء المعلومات الجديدة ومنها أيضا عدم تعميم الفرض على حالات أخرى. ويتم التحقق من صحة الفرض التنبؤي بعد تنفيذ البرنامج الإرشادي، لأنه يقوم على توقع لما ستكون عليه المشكلة وما سيكون عليه المسترشد في المستقبل .

7- وضع الفرض على محك الاختبار :

في هذه المرحلة يتم التحقق من صحة الفرض بعد معالجة المعلومات وتفسيرها سواء بالطريقة الكمية أو الطريقة التحليلية ، ومن شروط الفرض العلمي أنه يوضع على محك الاختبار بمعنى أن المعلومات يمكن التحقق من صحتها ، أما المعلومات التي يصعب التحقق من صحتها فلا توضع على محك الاختبار ، فالمسترشد الذي تشخص حالته بالمخاوف المرضية من الظلام إذا وُضع فرض لتفسير هذا العرض بأنه ناتج من مس الجان له ، هذا الفرض يعتبر غير

علمي ؛ لصعوبة وضعه على محك الاختبار ، رغم أن هناك لدى البعض استعداد لقبول هذا التفسير بأنه بالفعل مس من الجان ، وبالتالي نستطيع تحديد فروض التفسير طالما أننا نضعها في ضوء مبادئ أو قواعد معروفة لنظرية ما ، (محمد سعفان ، 2001 ، (ب) ، 155) ، وفي هذه المرحلة يتم اتخاذ قرار بصحة الفرض أو عدم صحته ، ولذلك فهذه المرحلة توفر للمرشد النفسي قاعدة للعمل (الشروع في اختيار برنامج إرشادي ملائم لمشكلة المسترشد) مع التسليم بأن التشخيص عملية دينامية لا تتوقف حيث يتم تجميع المعلومات وتفسيرها ثم فرض الفروض ثم التأكد من صحتها مع المرونة في قبول معلومات جديدة للتأكد من صحة التشخيص ورغم ذلك فإن المرشد النفسي عليه أن يتوقف عند الوصول إلى صدق الفروض التي تجيب عن المشكلة الحالية حتى يمكن البدء في علاجها .

8- التقرير النهائي :

في ضوء خطوات التشخيص التي أشرنا إليها سابقاً ، يمكن وضع تصور للجوانب التي يشتمل عليها ملخص التشخيص تمهيداً لاتخاذ القرار كالآتي :

1- تعريف المشكلة وتحديد أسبابها وأعرضها الدالة عليها ، مع تصنيف الأسباب والأعراض في ضوء نظرية ما أو معايير دولية أو الاثنين معاً ، مع إظهار مدى الاتفاق والاختلاف بين وجهات نظر المسترشد والقائمين على تربيته ، والمرشد النفسي .

2- تحديد ما إذا كانت هذه المشكلة يمكن حلها عن طريق خدمات الإرشاد النفسي ، أم أن الأمر يتطلب الإحالة إلى متخصص في مجال آخر مثل : المعالج النفسي ، أو الطبيب .

3- تحديد نمط المسترشد ، مع ضرورة تحديد جوانب القوة والضعف في شخصيته، وما يتوقع من المسترشد أن يقوم به من أجل حل المشكلة والحالة التي عليها الآن .

4- تحديد الموقف الذي نشأت فيه المشكلة ، مع بيان ما إذا كانت هناك مواقف أخرى غير المواقف التي نشأت فيها المشكلة يكون لها علاقة بالموقف الأصلي ثم تحديد المكان المقترح الذي تحل فيه المشكلة .

5- وضع فرض تشخيصي يمكن التحقق منه ويكون في ضوء نظرية ما أو معايير دولية .

6- فحص العوامل أو الجوانب المرتبطة بالمشكلة والتي يجب التركيز عليها أثناء العملية الإرشادية .

7- تحديد مستوى المهمة بالإجابة عن السؤال ماذا يجب فعله من أجل حل المشكلة؟

8- تحديد نمط التعليم بالإجابة عن السؤال كيف ؟ فطالما أن الإرشاد النفسي عملية تعليمية ، فيجب تحديد كيفية حل المشكلة ، ويفيد هنا أهمية معرفة مدخلات ومخرجات السلوك .

9- تحديد الظروف المناسبة لحل المشكلة .

وفي النهاية يجب التنبيه على أن مراحل عملية التشخيص المشار إليها، وتحديد البرنامج الإرشادي المناسب لحل المشكلة والاستراتيجية التي يتضمنها البرنامج ليست إطاراً جاهزاً وثابتاً يُتبع مع كل مشكلة ومع كل مسترشد ، ولكنه نموذج للتوضيح ولتنظيم خطوات التشخيص ، ويمكن للمرشد النفسي أن يضيف ويختصر في هذه الخطوات كلما ظهرت حاجة لذلك .

ثالثاً : مرجعية التشخيص :

ثمة مرجعان هامان للتشخيص : الأول يَتم في ضوء التصنيفات الدولية التي تهتم بوضع تصنيف للفئات المرضية والثاني يَتم في ضوء التراث الأدبي لنظريات علم النفس . وسوف نشير باختصار إلى كل نوع على النحو التالي :

1- التشخيص في ضوء التصنيفات الدولية للأمراض :

من التصنيفات الدولية للأمراض والتي يتم التشخيص في ضوء محكاتها تصنيفات : (DSM, ICD) ، دليل الجمعية المصرية للطب النفسي ونشير إلى كل تصنيف كالآتي :

أ- ICD-10 :

المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض . والذي أصدرته منظمة الصحة العالمية (1992) تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية .

The ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders.

راجع قائمة الفئات المرضية ملحق (1)

ب- DSM-IV :

دليل التشخيص والإحصاء (الطبعة الرابعة) للاضطرابات النفسية والذي أصدرته جمعية الطب النفسي الأمريكية (1994) .

Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (fourth edition).

راجع قائمة الفئات المرضية ملحق (2) .

جـ دليل تشخيص الأمراض النفسية: والذي أصدرته الجمعية المصرية للطب النفسي (1979) وقد وضع هذا الدليل في ضوء الطبعات السابقة لتقسيمات الأمراض النفسية في العالم خاصة ICD وأيضاً DSM .

راجع قائمة الفئات المرضية ملحق (3) .

ونعرض نموذجاً للتشخيص الذي يتم في ضوء المعايير الدولية وهو تشخيص الوساوس والأفعال القهرية (محمد سعفان ، 2003 ، 121 – 127).

1) التشخيص في ضوء (I.C.D-10) :

في ضوء التصنيف الدولي العاشر للأمراض يصنف اضطراب الوساوس والأفعال القهرية تحت الفئة (42) ، ونشير إلى أهم ملامح هذا المرض والدلائل التشخيصية عليه كالآتي :

السمة الأساسية هنا هي أفكار وسواسية قهرية أو أفعال قهرية متكررة، والأفكار الوسواسية هي أفكار ، أو صور ، أو اندفاعات تطرأ على ذهن الشخص المرة تلو المرة بشكل متكرر ونمطي . وهي دائماً مثيرة للإزعاج (لأنها غالباً ما تكون عنيفة أو خارجة عن اللائق ، أو ببساطة لأنها عديمة المغزى) ، ويحاول المريض عادة أن يقاومها ، ولكن دون نجاح ، ومع ذلك فإنها تعتبر أفكاره الخاصة رغم كونها لا إرادية وغالباً كريهة ، أما الأفعال أو الطقوس القهرية فهي سلوكيات نمطية تتكرر المرة تلو الأخرى وهي لا تحمل في ذاتها متعة ولا يترتب عليها إنجاز مهام مفيدة في حد ذاتها . أما المريض فيرى فيها غالباً وقاية من حدث ما ، لا يحتمل وقوعه موضوعياً ، وغالباً ما يتضمن أذى موجها من الشخص أو إليه . وإن لم يكن دائماً ، يدرك المريض أن سلوكه هذا لا معنى ولا تفسير له ويبذل محاولات عديدة لمقاومته ، وقد تكون هذه المقاومة ضئيلة جداً في الحالات المستمرة لفترات طويلة جداً. وعادة يكون هناك قلق لا إرادي ، ولكن يكثر أيضاً وجود مشاعر مزعجة من التوتر الداخلي أو النفسي بدون اهتياج لا إرادي واضح ، كما أن هناك علاقة وثيقة بين الأعراض الوسواسية، خاصة الأفكار الوسواسية ، والاكتئاب ، فكثيراً ما يعاني مرضى اضطراب الوسواس القهري من أعراض اكتئابية ، كما أن المرضى الذين يعانون من اضطراب اكتئابي معاود (F33.0) قد يكتسبون أفكاراً وسواسية أثناء نوبات الاكتئاب . وفي كلتا الحالتين تكون الزيادة أو النقصان في شدة الأعراض الاكتئابية مصحوبة بتغيرات موازية في شدة الأعراض الوسواسية .

ويتساوى شيوع اضطراب الوسواس القهري بين الرجال والنساء ، كما توجد كثيراً سمات قهرية Anankastic بارزة في الشخصية . ويبدأ الاضطراب عادة في فترة الطفولة أو في بداية مرحلة الكهولة . ومسار الحالة متباين ، ويميل إلى أن يكون مزمناً في غياب أعراض اكتئابية واضحة .

الدلائل التشخيصية :

من أجل الوصول إلى تشخيص مؤكد يجب أن تتوفر أعراض وسواسية Obsessional Symptoms أو أفعال قهرية Compulsive Acts أو كلاهما في أغلب الأيام لمدة أسبوعين مستمرين على الأقل ، أو تكون مصدراً للإزعاج أو لتشويش الأنشطة المعتادة . وتتميز الأعراض الوسواسية بالمميزات التالية :

(أ) يجب إدراك أنها أفكار المريض أو نزواته الخاصة .

(ب) يجب أن يكون هناك فكرة أو فعل واحد على الأقل لا يزال المريض يحاول مقاومته دون نجاح ، حتى إذا كانت هناك أفكار أو أفعال أخرى توقف المريض عن مقاومتها .

(جـ) يجب ألا تكون الفكرة أو تنفيذ الفعل في حد ذاته مصدراً للمتعة (لا يعتبر مجرد تخفيف التوتر أو القلق متعة بهذا المعنى) .

(د) يجب أن تكون الأفكار ، أو التصورات أو النزوات متكررة بشكل مزعج .

يشمل : عصاب قهرى Anankastic neurosis .

عصاب وسواسى

عصاب وسواسى وقهري

وقد يكون التشخيص التفريقي بين اضطراب الوسواس القهري وبين الاضطراب الاكتئابي صعباً ، وذلك لأن نوعي الأعراض كثيراً ما يجتمعان معاً ، وفي نوبة حادة من الاضطراب تعطي الأولوية في التشخيص للاضطراب الذي

ظهرت أعراضه أولاً . أما إذا توفر الاثنان دون غلبة أي منهما ، فمن المفضل اعتبار الاكتئاب هو التشخيص الأولي .

وفي حالة الاضطرابات المزمنة تعطى الأولوية للاضطراب الذي تستديم أعراضه في غياب الاضطراب الآخر .

ولا تحول نوبات الهلع العارضة أو أعراض الرهاب الخفيفة دون استخدام هذا التشخيص . ولكن ظهور أعراض وسواسية في وجود فصام ، أو متلازمة (توريت) أو اضطراب نفسي عضوي يجب أن يعتبر جزءاً من هذه الحالات .

وبالرغم من أن الأفكار الوسواسية قد تتواجد في الوقت نفسه مع الأفعال القهرية ، إلا أنه من المفيد أن يتم تحديد أيهما أكثر وضوحاً في بعض المرضى ، ذلك لأنهما قد يستجيبان لعلاجات مختلفة .

F42.0 اضطرابات قهرية تغلب عليها أفكار أو اجترارات وسواسية :

Predominantly obsessional thoughts or ruminations

قد تأخذ هذه الاضطرابات شكل أفكار أو صور نفسية أو نزوات لإتيان فعل بعينه . وهي تتباين كثيراً في مضمونها ولكنها دائماً مزعجة بالنسبة للشخص ، فقد تتعذب امرأة على سبيل المثال ، بالخوف من أنها قد تفشل يوماً ما في مقاومة الاندفاع لقتل طفلها الذي تحبه ، أو بواسطة المضمون غير اللائق والغريب عنها لصورة ذهنية متكررة . وأحياناً تكون الأفكار مجرد أفكار لا طائل من ورائها تتناول تفكيراً لا نهائياً وشبه فلسفي في احتمالات عسيرة التقدير . إن هذا التفكير غير الحاسم في البدائل يعتبر عنصراً هاماً في اجترارات وسواسية Obsessional ruminations أخرى كثيرة ، وعادة يصاحبه انعدام القدرة على اتخاذ قرارات بسيطة ولكن ضرورية في الحياة اليومية .

إن العلاقة بين الاجترارات الوسواسية والاكتئاب علاقة وثيقة بشكل خاص، وتعطي الأولوية لتشخيص اضطراب وسواسي قهري فقط في الحالات التي تظهر فيها الاجترارات أو تستمر في غياب اضطراب اكتئابي .

F42.1 اضطرابات قهرية تغلب عليها أفعال قسرية (طقوس وسواسية) :

Predominantly compulsive acts (obsessional rituals)

تدور أغلبية الأفعال القهرية حول النظافة (خاصة غسيل اليدين) ، أو التحقق المتكرر من تأمين وضع معين يحتمل أن ينجم عنه خطر ، أو التحقق من النظام والترتيب . ووراء هذا السلوك الواضح يوجد خوف يكون عادة من خطر يصدر ضد الشخص أو منه . وتكون هذه الطقوس محاولات غير مؤثرة أو رمزية لمنع هذا الخطر . وقد تستغرق أفعال الطقوس القهرية Compulsive ritual acts ساعات طويلة كل يوم ويصاحبها أحياناً تردد وبطء شديدان . وهي بصفة عامة تشيع بشكل متساو بين الجنسين ، وإن كانت طقوس غسل اليدين تشيع أكثر بين النساء في حين يشيع البطء دون تكرار أكثر بين الرجال . وترتبط أفعال الطقوس بدرجة أقل مع الاكتئاب عنه مع الأفكار الوسواسية كما أنها تكون أكثر استجابة للعلاجات السلوكية .

F42.2 أفكار وأفعال وسواسية مختلطة :

Mixed obsessional thoughts and acts

يعاني أغلب مرضى الوساوس والأفعال القهرية من عناصر كل من التفكير الوسواسي والسلوك القهري ، ويجب استخدام هذه الفئة إذا كانت الظاهرتان واضحتين بالتساوى ، كما هو الحال غالباً ، ومع ذلك فمن المفيد تسجيل إحداهما فقط إذا كانت بارزة بشكل واضح ذلك أن الأفكار والأفعال قد تستجيب لعلاجات مختلفة .

F42.8 اضطرابات وسواسية – وأفعال قهرية أخرى :

Other obsessive – Compulsive disorders

F42.9 اضطراب وسواسي – أو فعل قهري ، غير معين :

Obsessive – Compulsive disorder, unspecified

2- التشخيص في ضوء : (DSM-IV) :

يصنف اضطراب الوساوس والأفعال القهرية ضمن اضطرابات القلق في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية . وقد وضعت محكات تشخيصية للوساوس والأفعال القهرية كالآتي :

أ) الوساوس القهرية :

هذه الوساوس يمكن تعريفها بـ 1 ، 2 ، 3 ، 4 :

1. أفكار متكررة ومستمرة ، اندفاعات أو تخيلات ، يخبرها الفرد في أغلب الأوقات أثناء شعوره بالاضطراب (أو التشويش أو الإزعاج أو القلق) ، وتبدو مقحمة وغير مناسبة وتسبب قلقاً أو ضيقاً (أو شدة أو كرباً) .
2. الأفكار ، والاندفاعات والتخيلات ، لا تسبب أي انزعاج (أو هم أو نكد وانشغال) زائد عن الحد حول مشكلات الحياة اليومية والواقعية . (وفي التشخيص التفريقي يهمنا التمييز بين هذه الأفكار والاندفاعات والتخيلات وبين مثيلاتها غير الملحة والمرتبطة بمشاكل الحياة الواقعية) .
3. يحاول الشخص تجاهل أو قمع هذه الأفكار والاندفاعات والتخيلات ، أو يحاول تحييدها (إبطالها) ببعض الأفكار أو الأفعال الأخرى ، (وقد يتم ذلك عن طريق التسامي كما عند فرويد) .
4. يعرف الشخص أن الأفكار والاندفاعات والتخيلات من نتاج عقله وليست مفروضة عليه من الخارج كما في حالة إقحام الأفكار.

ب) الأفعال القهرية : Compulsions

هذه الأفعال يمكن تعريفها بـ 1 ، 2 :

1. سلوكيات متكررة قد تكون ظاهرة مثل : غسل الأيدي ، الترتيب ، الفحص ، أو تصرفات عقلية قد تكون غير ظاهرة مثل : تكرار طقوس معينة في الصلاة ، تكرار عدد ما ، ترديد كلمات في صمت . مع شعور المريض بأنه مدفوع إليها ويكررها وفق نظام صارم .
2. تهدف السلوكيات والتصرفات العقلية إلى الوقاية أو خفض الضيق (أو المحنة) أو تكون وقاية من المواقف والأحداث التي تسبب رهبة ، مع إدراك المريض أن هذه السلوكيات والتصرفات العقلية زائدة وغير معقولة ؛ وذلك لعدم وجود علاقة واقعية بين هذه الأفعال وبين ما يريد المريض تجنبه أو جعله حيادياً أو يريد منعه من الوقوع ، أو يكون القيام بهذه الأفعال مقبولاً – لوجود علاقة – ولكن تكرار السلوك أو شدته تكون زائدة عن الحد ، وقد يكون شكل السلوك على خلاف ما تم التعارف عليه .

بالإضافة إلى المحكات التشخيصية السابقة للوساوس والأفعال القهرية ، توجد عدة محكات إضافية أخرى تعين على التشخيص أهمها :

1. مع استمرار الاضطراب فإن الشخص يدرك أن الوساوس والأفعال القهرية زائدة عن الحد وأنها غير عقلية . (لا ينطبق ذلك على الأطفال) .
2. تسبب الوساوس والأفعال القهرية الأسى والضيق ، (وقد تستغرق أكثر من ساعة يومياً)، أو تتداخل بشكل واضح مع الروتين اليومي للفرد ، أو المهام الوظيفية (أو الأكاديمية) أو الأنشطة الاجتماعية أو العلاقات الاجتماعية . معنى ذلك أن الوساوس والأفعال القهرية تؤدي إلى سوء التوافق حيث تتعطل الأعمال اليومية وتستهلك وقتاً أطول ، وتضطرب العلاقات مع الآخرين .

3. في التشخيص التفريقي : يتم مراعاة التمييز بين الأعراض الخاصة بالوساوس والأفعال القهرية (المشار إليها سابقاً) والأعراض الخاصة باضطرابات أخرى مثل :

(أ) الانشغال (أو الانهماك) في الأكل في حالة اضطرابات الأكل .

(ب) جذب أو نتف الشعر في حالة هوس نتف الشعر Trichotillomania .

(جـ) الانشغال بالمظهر الخارجي في حالة اضطراب التشوه الجسمي Body Dysmorphic

(د) الانشغال بالعقاقير في حالة اضطراب استخدام المواد المخدرة .

(هـ) الانشغال بالإصابة بأمراض معدية وخطيرة في حالة توهم المرض Hypochondriasis .

(و) الانشغال بالرغبات الجنسية أو الخيالات الجنسية في حالة اضطراب الشذوذ أو الانحراف الجنسي Paraphilia .

(ز) اجترار (كثرة التأمل والتفكير) في الشعور بالذنب في حالة اضطراب الاكتئاب الأساسي وهذا التمييز على درجة من الأهمية عند دراسة الشعور بالذنب المرتبط بالوساوس والأفعال القهرية والشعور بالذنب المرتبط بالاكتئاب سواء نظرنا إليه بأنه عرض أو سبب أو نتيجة (وهذا التوجه هو من اهتمام مدرسة التحليل النفسي) .

(ح) مراعاة ألا يكون الاضطراب ناشئاً عن حالة صحية عامة أو تأثيرات فسيولوجية مباشرة مثل سوء استخدام عقار ما في العلاجات الطبية (D.S.M-IV, 1994, 422-423) .

الاتجاهات المختلفة نحو التشخيص في ضوء معايير دولية :

توجد اتجاهات مختلفة ما بين مؤيد ومعارض للتشخيص في ضوء معايير دولية ونعرض لها على النحو التالي :

الاتجاه الذي يؤيد التشخيص في ضوء معايير دولية :

مبررات هذا الاتجاه :

أ- الاعتماد على المعايير الدولية يسهل من عملية الاتصال وتبادل المشورة بين المرشدين النفسيين أنفسهم وكذلك بينهم وبين تخصصات أخرى تقدم خدمات علاجية مثل المعالج النفسي والأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي .

ب- النظام التشخيصي الذي يعتمد على معايير دولية يشتمل على محكات محددة تميز اضطراباً عن آخر ، كما أن هذه المحكات مرتبة حسب الأهمية في التشخيص وهذا يسهل على المرشد النفسي تشخيص الاضطراب بسهولة ومراجعة التشخيص أكثر من مرة

جـ- النظام التشخيصي الذي يعتمد على معايير دولية يشتمل على محكات إضافية تعين على التشخيص وتساعد في التمييز بين أنماط السلوك الدالة على الاضطراب (موضوع التشخيص) وبين اضطرابات أخرى أكثر تداخلاً مع الاضطراب الذي يتم تشخيصه .

الاتجاه الذي يرفض التشخيص في ضوء معايير دولية :

مبررات هذا الاتجاه :

أ- الاعتماد على نظام تشخيصي لا يوضح لنا سلوك المسترشد في الحياة اليومية ، أو الموقف الذي حدثت فيه المشكلة ، وإغفال مثل هذه المميزات في مجال الإرشاد النفسي يجعل من الصعب تغيير سلوك المسترشد إلى الأفضل .

ب- يعتمد التشخيص في ضوء أنظمة التشخيص على المرشد النفسي في المقام الأول ، حيث يقوم بجمع المعلومات وتحليلها وإصدار قرار التشخيص ، وهذا الإجراء لا يسمح للمسترشد بأن يقدم معلومات عن تجاربه الشخصية واتجاهاته، وتفسير سلوكه في ضوء هذه المعلومات.

جـ- وضع المسترشد ضمن فئة تشخيصية يفقد الإرشاد النفسي ميزة الطابع الإنساني ؛ لأنه يركز على سلبيات المسترشد ويهمل إيجابياته من ناحية ، كما أنه يهمل خاصية النظر إلى المسترشد كحالة فريدة .

د- اعتماد المرشد النفسي على أنظمة التشخيص فقط يجعل اهتمامه موجهاً للبحث عن فئة مرضية في النظام التشخيصي حتى يمكن وضع المشكلة ضمنها. وذلك عن طريق الملاءمة بين خصائص الفئة المرضية وخصائص مشكلة المسترشد، وتركيز المرشد النفسي على هذا الإجراء في التشخيص دون سواه يحرمه من فرص النمو المهني .

هـ- وضع مشكلة المسترشد في فئة مرضية معينة قد يترتب عليه ردود فعل سلبية من قبل المسترشد نفسه ، أو من قبل أفراد الأسرة والأقارب وزملاء الفصل والأصدقاء ، وذلك عندما يوصف المسترشد بأنه غير عادي ويجب التعامل معه على أنه كذلك .

و- وضع مشكلة المسترشد في فئة مرضية معينة داخل النظام التشخيصي فقط فيه إهمال لقياس تأثير العوامل الثقافية والاجتماعية في المشكلة .

ز- لا توجد أنظمة تشخيص تضع في اعتبارها المصادر المختلفة لمشكلة المسترشد (الجسمية ، الانفعالية، العقلية، الاجتماعية، الأخلاقية، الثقافية، الاقتصادية) ، كما هو واضح في (ICD) ، و (DSM) ؛ وهذا القصور يجعل المهتمين في مجال الإرشاد النفسي يهتمون بإجراءات أخرى عند التشخيص ومنها : معرفة نمط المسترشد وفهم الموقف الذي حدثت فيه المشكلة وفهم تاريخ المشكلة ومدى انتشارها ، والاعتماد على نظرية عند التشخيص ، وإشراك الوالدين والمعلمين وغيرهم عند التشخيص وهذا ما يعرف بالاتجاه المتعدد الأبعاد .

2- التشخيص في ضوء نظريات علم النفس :

قد يتم التشخيص في ضوء الفروض والنتائج الميدانية لنظرية من نظريات علم النفس، وبالتالي يكون الإطار المرجعي للمرشد النفسي عند التفسير وفرض الفروض والتحقق منها في ضوء هذه النظرية ، ونعرض نموذجاً للتشخيص الذي يتم في ضوء نظريات علم النفس بالتطبيق على الوساوس والأفعال القهرية (في محمد سعفان ، 2003 ، 35 – 55) وسوف نعرض لثلاث نظريات فقط وهي : التحليل النفسي والسلوكية والمعرفية على النحو التالي :

أ- التحليل النفسي :

في ضوء نظرية التحليل النفسي توجد صعوبة في تشخيص الوساوس والأفعال القهرية لوجود عدة مشاكل منها أن سلوك المريض يكون في موقف عقلاني وفي موقف آخر غير عقلاني فيظهر لدى الشخص نفسه السلوك المنطقي واللامنطقي ؛ وهذا ما جعل البعض يفضل تشخيص الوساوس والأفعال القهرية وجعل البعض الآخر يفضل تشخيص الميكانيزمات الدفاعية بحجة أن دراسة الميكانيزمات تكشف عن العلاقة بين ميكانيزم معين وبين وساوس وأفعال قهرية معينة ، ومن أمثلة هذه الميكانيزمات : النكوص Regression والإزاحة Displacement والمحو Undoing .

عن طريق النكوص يؤمن المريض الدفاع عن الأنا ضد الأفكار غير المقبولة والمكبوتة ، ويشرح فرويد " النكوص " بأنه فرار من الواقع غير المشبع بسبب مواجهة الضغوط والإحباطات والتهديدات إلى أنماط ماضية من الإشباع .

وباستخدام ميكانيزم الإزاحة يستطيع المريض فصل الشحنات الانفعالية عن موضوعاتها (الأفكار الوسواسية) ثم يستحضرها إلى شعوره ويتحدث عنها ببرود مثل المراهق الذي يكرر أفعالاً غير مقبولة في مناسبات معينة دون أن يشعر بالذنب .

وباستخدام ميكانيزم " المحو " يأتي المريض بفعل مضاد للفعل سواء كان في الحقيقة أو في الخيال فهو يمحو فكرة بفكرة أخرى . ويفسر ميكانيزم المحو أعراض أفكار وسواسية وأفعال قهرية مثل طقوس اللمس ، مثال على ذلك . الرجل الذي يحمل حجراً من الشارع ثم يعيده إلى مكانه أو إذا لمس شيئاً من جهة تحتم عليه لمسه من الجهة الأخرى . وميكانيزم المحو هو الذي يؤدي إلى حالة الشك القهري .

بالنسبة للأعراض المرضية يوجد نوع من الأعراض القهرية تعمل كمصدر لذة للأنا أطلق عليها " أتوفينخل " أحصرة لذة مثال على ذلك الشخص الذي يقضي في العادة ساعات في قراءة الأطالس أو يدون المصروفات ، وتنقسم الأعراض عند " فرويد " إلى مجموعتين كل منها تتناقض مع الأخرى، فهي إما أن تكون حالات تحريمات واحتياطات وتكفيرات أي تكون في صورة سلبية . وإما أن تكون إشباعاً بديلاً يظهر غالباً تحت ستار رمزي .

ويرى " فرويد " أن للأعراض وظيفة تتلخص في أنها تسمح بالإشباع البديل لتخفيف شدة الحرمان وشدة الضغوط الواقعة من الأنا الأعلى ، وتنشأ الأعراض بهدف صد الرغبات الجنسية الخاصة بعقدة أوديب ، عن طريق نكوص الليبيدو أو نتيجة لما يقوم به الأنا الأعلى من كبت الميول الجنسية . ومن خصائص الشخصية الوسواسية عند " فرويد " أنها ذات مستوى خلقي رفيع وضمير حي وعلى درجة عالية من الاستقامة .

يحاول البعض اختبار العلاقة بين الشخصية الشرجية والشخصية الوسواسية في ضوء نظرية " فرويد " ، وإذا كانت الشخصية الشرجية تتكون من تجميع لسمات ثلاث هي : (العناد والادخار وحب النظام) في ضوء ذلك يتم تجميع معلومات للإجابة عن الأسئلة الآتية :

س1- هل توجد علاقة بين العناد والادخار والنظام وهي التي تبرر مفهوم الشخصية الوسواسية القهرية ؟

س2- هل توجد علاقة بين تدريب الطفل على الإخراج ونمو الشخصية الوسواسية القهرية ؟

س3- هل توجد علاقة بين الشخصية الوسواسية القهرية وأعراض الوساوس والأفعال القهرية؟

يمكن للمرشد النفسي أن يجيب عن هذه الأسئلة عند التشخيص إذا كان التشخيص يتم في ضوء نظرية " فرويد " .

ب- السلوكية :

نركز الحديث في هذا الجانب على الاشتراط الكلاسيكي (بافلوف وواطسون) والاشتراط الإجرائي (سكنر) .

يركز الاشتراط الكلاسيكي على العلاقة بين المثير (م) Stimului والاستجابة (س) Response ؛ وعلى ذلك فسلوك الفرد هو عبارة عن روابط بين (م) و (س) فمثلاً استجابة الخوف من انتقال العدوى (س) تأتي عند وجود الشخص في مكان غير نظيف ($م^1$) أو مصافحته لشخص آخر مريض بإحدى الأمراض المعدية ($م^2$) ولما كان ($م^1$) أو ($م^2$) قد يجلب (س) وهذا هو الوضع العادي فإننا نطلق على (م1 و م2) بالمثيرات الطبيعية (م ط) إلا أنه قد يحدث أن يقترن (م1) و (م2) مع (م3) آخر وليكن شخص آخر غير مريض ، ونتيجة لوجود هذا الشخص غير المريض مع شخص آخر مريض م2 أو وجوده في مكان غير نظيف (م1) فمن الممكن أن تنتقل العدوى من المكان غير النظيف أو من الشخص المريض إلى هذا الشخص (م3) وبالتالي فإن هذا الشخص هو أيضاً مصدر لانتقال العدوى ، وفي هذه الحالة نطلق عليه المثير الشرطي (م ش) وبالتالي فإن الشخص الوسواسي يخاف من ملامسة أي شخص (مريض أو غير مريض) حتى لا تنتقل إليه العدوى

(كما يعتقد هو) وقد تنحصر المشكلة في الأفكار الوسواسية وقد تتطور وتتحول إلى فعل قهري يتمثل في طقوس الهروب من مصافحة أي شخص أو اللجوء إلى غسيل الأيدي عدة مرات بشكل متكرر بعد مصافحة أي شخص .

يركز الاشتراط الإجرائي على ما يحدث بعد السلوك ، فالاشتراط يتم بين الاستجابة والنتائج المترتبة عليها ، فإذا نجح أي فعل قهري في خفض الخوف أو القلق فإنه يعزز ويتم تثبيته وتكراره . وقد أمكن فهم الوساوس والأفعال القهرية من خلال فكرة التجنب السلبي والتجنب الإيجابي . فالتجنب من التلوث عن طريق البقاء في المنزل والحفاظ على النوافذ مغلقة يسمى تجنباً سلبياً ، أما الاغتسال والتنظيف يسمى تجنباً إيجابياً .

جـ المعرفية :

تفسر النظرية المعرفية لدى (بيك Beck) سلوك الشخص في ضوء الطريقة التي يفكر فيها في نفسه وفي العالم ويذهب " بيك " إلى أن العصابي بشكل عام يتميز بتقيد الانتباه وتقلص الوعي والتجريد الانتقائي والتشويه والتحريف . ويشير " بيك " إلى أن محتوى الفكر لدى مريض الوساوس يشير إلى وجود شك أو حيطة مما إذا كان قد أدى عملاً ما ضرورياً لتأمين سلامته (مثل ، إطفاء فرن الغاز) أو أنه سيتمكن من أداء عمل كما ينبغي ، أما الطقوس القهرية فتتألف من محاولات تهدئة الشكوك والوساوس عن طريق الفعل مثل غسيل الأيدي . واضطراب الوساوس يُشخص في ضوء النظرية المعرفية على أنه أفكار مشوشة ومزعجة ومضخمة وتحدث مصادفة . وتكون محرضة Urge لتصبح طبيعية وحقيقية .

الاتجاهات المختلفة نحو التشخيص في ضوء نظريات علم النفس :

وجدت اتجاهات مختلفة ما بين مؤيد ومعارض نحو التشخيص في ضوء نظريات علم النفس ونعرض لها على النحو التالي :

الاتجاه الذي يؤيد التشخيص في ضوء نظريات علم النفس :

مبررات هذا الاتجاه :

1- وفرة المعلومات النظرية ونتائج التجارب والمجالات التي تقدمها النظرية تُكوّن خلفية نظرية أو إطاراً مرجعياً يمكن أن يتبناه المرشد النفسي ويستطيع من خلاله التشخيص واختبار الفروض واختيار برنامج إرشادي ملائم .

2- التشخيص الذي يتم في ضوء نظرية ما يساعد في معرفة مدى تطابق المعلومات التي نجمعها مع الحقائق المعروفة والخاصة بهذه النظرية .

3- الاعتماد على نظرية ما يحتم ضرورة وضع فروض محددة (أي لها توجه نظري) وقليلة وهذا يساعد على سهولة التحقق منها ، كما يساعد على اختيار برنامج إرشادي ملائم قائم على هذه النظرية .

الاتجاه الذي يرفض التشخيص في ضوء نظريات علم النفس :

مبررات هذا الاتجاه :

1- توجد اختلافات جوهرية في بعض الجوانب التفسيرية بين نظريات علم النفس ، وهذه الاختلافات تؤدي إلى عدم وجود اتفاق تام حول التشخيص .

2- عندما يتمسك المرشد النفسي بنظرية ما ، فإن هذا قد يدفعه إلى البحث عن المعلومات التي تؤيد وجهة نظره فقط ويهمل المعلومات الأخرى والتي قد تكون مهمة ، فاختياره هنا قائم على ما يؤيد وجهة نظره وليس قائماً على المهم والأهم في تفسير المشكلة .

3- عندما يعتمد المرشد النفسي على نظرية ما تظهر مشكلة عند وضع الفروض التفسيرية ، فقد يضع فروضاً محددة في ضوء نظرية ما ثم يكتشف معلومات جديدة غير مرتبطة بهذه النظرية ، في هذه الحالة قد يلجأ المرشد النفسي إلى رفض هذه المعلومات رغم أهميتها أو التخلي عن النظرية الذي يتمسك بها وقد يرفض هذا

التقاء بين الاتجاهات المختلفة :

بمراجعة مرجعيات التشخيص والتي تعتمد على المعايير الدولية أو التي تعتمد على النظريات يتأكد أننا بحاجة إلى اتجاه انتقائي يعتمد على أكثر من مرجعية ، فيمكن الاعتماد على المعايير الدولية عند إعداد مقاييس نفسية تشخيصية وعند إجراء التقويم المرحلي والتقويم النهائي ؛ خاصة وأن هذه المعايير وُضعت أصلاً في ضوء كل من : نظريات علم النفس والبحوث التطبيقية .

ونظراً لأن المعايير الدولية لا تقدم لنا تفسيراً للحالات النفسية الحالية أو تحدد التاريخ المرضي والحالة التي كان عليها الشخص في الماضي والأسباب الكامنة وراء الأعراض وكيفية تعلم هذه الأعراض ، ودلالة الأعراض بالنسبة للشخص . لذلك يجب الاعتماد على نظرية أو أكثر من نظريات علم النفس لتحقيق ذلك ، مع الوضع في الاعتبار أن كل نظرية تقدم معطيات تفسيرية لا تقدمها النظريات الأخرى ، ولكن في ضوء أهمية تنوع المعلومات ثم تكاملها للكشف عن العامل المشترك بينها يتأكد لنا أهمية الاعتماد على أكثر من نظرية عند التشخيص إذا دعت الضرورة إلى ذلك .

رابعاً : نموذج يتضمن أهم خطوات تشخيص المشكلة بالتطبيق على اضطراب الوساوس والأفعال القهرية :

خطوات تشخيص المشكلة	الوصف والإجراءات
1- تحديد المشكلة	" بدأ الشخص يشعر بالمشكلة عندما وجد نفسه مضطراً إلى عد النقود في الموقف الواحد أكثر من مرة ورغم معرفته أن هذا السلوك غير مرغوب إلا أنه عاجز عن السيطرة عليه وهذا ما يسبب له الضيق والتوتر " . يلاحظ أن المشكلة لدى الشخص تبدأ عندما يجد نفسه يفكر في شيء أو يفعل شيئاً غير مقبول ويود أن يفكر في شيء آخر أو يفعل شيئاً آخر مقبولاً ولكن لا يعرف كيف يحقق ذلك .
2- الإعداد للتشخيص	تم أخذ الموافقات من المسترشد على بدء إجراءات التشخيص تمهيداً لوضع برنامج ملائم لحل المشكلة .
3- تهيئة المسترشد للتشخيص	تم إعلام المسترشد بأن حالته ليست الوحيدة ويمكن علاجها كما تم إعلامه بأهمية التعاون وإعطاء المعلومات المفيدة التي تخدم التشخيص وأيضاً أهمية الصدق عند إعطاء المعلومات والإجابة عن الاختبارات النفسية ... الخ .
4- التزود بالمعلومات وتصنيفها	تم استخدام أدوات خاصة لجمع المعلومات عن الشخصية الوسواسية والأعراض المرضية ، وقد تم اختيار الأدوات الآتية :

	أ- اختبار (بادو) PI للوساوس والأفعال القهرية . ب- اختبار تفهم الموضوع (التات) (TAT) . جـ- دراسة الحالة . د- المقابلة الشخصية . وقد تم عمل ملخص لاستجابات الحالة على أدوات الدراسة مع بيان استجابات الحالة على كل أداة ، ثم تم تصنيف المعلومات في شكل يسهل استخدامها وفهمها .
5- استعمال المعرفة السابقة المرتبطة بالمشكلة والشخصية	- مرض الوساوس والأفعال القهرية من الأمراض الشائعة والتي يمكن الاستدلال عليها . - يوجد فرق بين الوساوس (التي تظهر في صورة أفكار وشكوك وتخيلات) والأفعال القهرية (التي تظهر في الأفعال مثل عد النقود والسلالم) . - يوجد أيضاً ما يسمى بالبطء الوسواسي وهو سلوك يتميز بالأداء البطيء في إنجاز الأفعال . - وقد توجد الوساوس بدون الأفعال إلا أن وجود الأفعال لابد وأن يوجد معها الوساوس . - الأعراض الدالة على الوساوس والأفعال القهرية قد لا تظهر بشكل مستمر ومتواصل طوال الحياة ولكن قد تظهر في فترة زمنية معينة أو مواقف معينة . - ليس من الضروري وجود أعراض كثيرة حتى نحكم على الشخص بأن لديه مشكلة ، ولكن وجود عرض واحد قد يكفي للحكم على الشخص بأنه مريض .

	- يجب أن نميز بين الشخصية الوسواسية والأعراض المرضية، مع العلم أن سمات الشخصية يتم تكوينها قبل الأعراض ومن هذه السمات : الشك والعناد والشعور بالذنب وسرعة الغضب . - يمكن تحديد سمات الشخصية الوسواسية وأعراض الوساوس والأفعال القهرية بشكل واضح مع بداية نمو الأنا الأعلى وبداية مرحلة المراهقة .
6- تفسير السلوك	* سلوك عد النقود هو السلوك الدال على وجود المشكلة ويظهر دائماً في المواقف التي تتطلب العد . سلوك المسترشد لا يعتبر سلوك حيطة وحذر ورغبة في التأكد من صحة عد النقود ولكنه سلوك قهري ؛ لأنه في كل مرة يقوم فيها بعَدّ النقود تسيطر عليه فكرة أنه أخطأ في العد فيضطر إلى تكرار العد مرة أخرى ويستمر على هذا الحال إلى أن يشعر بالتعب والإرهاق . وهذا السلوك يتم مع كل أنواع النقود وفئاتها . ويعتقد أن المشكلة قد تفجرت لديه بدرجة حادة منذ وفاة أبيه .
7- ملاحظة الخصائص التي تميز المسترشد	من خلال المعلومات التي تم جمعها عن المسترشد والمتعلقة بعلاقاته مع الآخرين ونظرته للحياة ومدى شعوره بالذنب وتحمله للمسئولية تبين أن المسترشد لديه سمات وسواسية مثل : مشاعر الشك والحذر الشديد والانشغال بالتفاصيل والقواعد والتصلب والدقة المفرطة بجانب الشعور بالذنب المرتبط بالخبرات السابقة.

8- تكوين فرض تفسيري	في ضوء الخطوتين (6 ، 7) يمكن وضع الفرضين التفسيريين وهما : 1- أن المسترشد قد تعرض لضغوط حياتية كانت من الشدة بحيث أصبح عاجزاً عن التحكم في أفكاره وأفعاله المعبرة عن السمات الوسواسية . 2- أن سلوك عد النقود القهري لدى المسترشد هو رمز للرغبة في الانضباط الداخلي وعدم نسيان شيء ، وإعادة ترتيب الظروف والأحداث بالشكل والطريقة التي يتمناها.
9- تكوين فرض تنبؤي ملاحظة : إذا كان الفرض التفسيري صحيحاً فمن الممكن التنبؤ بنتائج معينة ومنها أن المعلومات التي سنجمعها سوف تحقق صحة الفرض وتؤكده	إذا كان المسترشد بالفعل لديه أفعال قهرية متمثلة في سلوك عد النقود إذن لابد وأن تظهر عليه الأعراض التي تميز المريض القهري سواء كانت أعراضاً ظاهرة يمكن تحديدها وقياسها أم كانت أعراضاً متخفية في صورة أعراض أخرى (كطريقة رمزية) .
10- وضع الفرض على محك الاختبار يتم التحقق من صحة الفرض في ضوء	يلاحظ أن المريض يعاني بالفعل من أعراض الأفعال القهرية والمتمثلة في عد النقود ، وأن سلوك عد النقود هو رمز للحيطة والحذر المبالغ فيهما من الخوف من نسيان شيء أو الخطأ ، مما يترتب عليه حدوث مشكلات

المعلومات التي تم جمعها وتفسيرها بالاعتماد على مرجعيات التشخيص وهي المعايير الدولية ونظريات علم النفس	وخسارة يصعب تعويضها . كما أن سمات شخصية المسترشد تشكل صورة للشخص النظامي الوسائلي الدقيق الذي يُحب نمطا منظماً من أنماط الحياة وهو ثابت ودقيق في استخدامه للكلمات ويكره أداء نصف المهام وتضايقه المقاطعات ويهتم كثيرا بالتفاصيل .
11- النتيجة هل تحقق صحة الفرضين	قد تؤكد صحة الفرضين تماماً . ملاحظة : في حالة عدم التأكد من صحة الفروض يتحتم ضرورة العودة إلى الخطوة (6) ثم إعادة النظر في الحقائق المتعلقة بالمشكلة ثم تكملة الخطوات .
12- التقرير النهائي	يحدد فيه : - المشكلة . - خصائص المسترشد . - مرجعية التفسير . - الفروض . - النتائج . - الاستراتيجية الإرشادية المقترحة وهي تقوم على النظرية المعرفية والسلوكية . - البرنامج الإرشادي المقترح ويقوم على النظرية المعرفية والسلوكية .



الفصل الرابع

الطرق العلاجية في الإرشاد النفسي

مقدمـــة :

اختيار الطريقة العلاجية الإرشادية خطوة هامة وضرورية لإتمام العملية الإرشادية ، لأن البرنامج الإرشادي وهو الجانب التنفيذي للعملية الإرشادية يقوم على اختيار طريقة إرشادية علاجية ليحقق بها الأهداف الإرشادية والتي من أجلها وضع البرنامج الإرشادي .

ومن الأمور المنطقية صعوبة عرض كل الطرق الإرشادية في فصل واحد ضمن فصول الكتاب الحالي ، لذلك سيتم التركيز على بعض النظريات الإرشادية وبعض الطرق القائمة عليها ، وقد تم اختيار الطرق التي لها توجهات نظرية مختلفة حتى تكون واضحة للدارس ، ويمكنه بعد معرفتها مراجعة التوجهات النظرية الأخرى في المراجع المتخصصة ، ويتضمن الفصل الرابع أربعة توجهات نظرية والطرق القائمة عليها على النحو التالي :

1- الطرق القائمة على النظرية العقلية (خاصة لدى إليس) .

2- الطرق القائمة على النظرية الوجودية (خاصة لدى روللوماى وفرانكل) .

3- الطرق القائمة على نظرية الإرشاد المتمركز حول المسترشد (كارل روجرز) .

4- الطرق القائمة على النظرية السلوكية (خاصة الاشتراط الكلاسيكي والاشتراط الاجرائي).

قبل أن نعرض لهذه الطرق نشير إلى بعض المعايير التي يجب الالتزام بها عند اختيار طريقة علاجية ما دون الأخرى والمعايير هي كما يلي :

1- معايير خاصة بالمسترشد مثل : خصائص المسترشد وخصائص بيئته ومدى فهمه بإجراءات الطريقة .

2- معايير خاصة بالمشكلة مثل : طبيعة المشكلة ، مستوى تعقد المشكلة ، مدى ارتباطها بمشكلات أخرى ، التاريخ المرضي للمشكلة .

3- معايير خاصة بالمرشد النفسي مثل : خبرة المرشد النفسي بهذه الطريقة ومدى مهاراته في تنفيذها .

4- معايير خاصة بالطريقة مثل : أن تكون سهلة التنفيذ وأن تكون مناسبة للمسترشد، وأن تكون إجراءاتها آمنة . وأن تسمح بإكساب معارف وتنمية مهارات إيجابية للمسترشد .

ونوجه الاهتمام في هذا الفصل إلى عرض بعض الطرق العلاجية في الإرشاد النفسي .

الفصل الرابع

الطرق العلاجية في الإرشاد النفسي

أولا : الطرق القائمة على النظرية العقلية :

النظرية العقلية للإرشاد النفسي هي تلك التي تميل إلى المنهج العقلى المنطقى فى حل المشكلات أو الصعوبات التى تواجهها الحالة ولذلك فالإرشاد النفسى في ضوء هذا التوجه عملية معرفية. وتميل هذه النظرية إلى البساطة فى طبيعتها وأن تكون انتقائية بمعنى أنها تقبل أو تتبنى عدة أساليب متنوعة، كما أنها تؤكد على أهمية التشخيص، باستثناء "إليس Ellis " الذى لم يهتم بالتشخيص مع أن طريقته عقلية لأنه يستخدم المنطق والحوار العقلى للوصول إلى حل للمشكلات. وتميل الثقافة الأمريكية بطبيعتها إلى الطريقة العقلية فى الإرشاد النفسى والعلاج النفسى بسبب الاهتمام بالأسلوب العلمى، مع أن البعض يقلل من كفاءة الطرق العقلية لعدة أسباب منها : احتمال المبالغة فى تقدير المظاهر العقلية فمن وجهة نظر المريض قد يقع خطأ الخلط بين التبصر insight بمعنى القدرة على التعبير عن فهمه لذاته وبين التغير الصريح فى الاتجاه، أو يتم التأكيد على دقائق التفسير وتجنب التكنيكات التى تؤدى إلى إثارة الانفعال بصراحة (باترسون، ترجمة حامد الفقى، 1992، أ ، 25-26).

أشار باترسون Patterson (1992) إلى ثلاث طرق عقلية للإرشاد النفسي وهى كما يلي :

أ- طريقة وليمسون Williamson القائمة على وجهة نظر مينيسوتا :

عمل " وليمسون " بجامعة مينيسوتا أربعين عاما ، وما يعرف عن وجهة نظر مينيسوتا ارتبط باسم "وليمسون" وطريقة مينسوتا تطورت من أساس مهني حيث تركز على مشكلات التكيف التربوي والمهني ، وتحاول هذه الطريقة استخدام الطريقة العلمية في الإرشاد وذلك بالاعتماد على القياس والاستنتاج ، وتشتمل على جمع مادة ثم تركيبها وتلخيصها في صورة تشخيص ثم استنتاج النتائج وتخطيط برنامج عمل ، فالمرشد ينغمس في علاقة تعليمية مع المسترشد يساعده من خلالها في الحصول على المعلومات ثم يناقش معه الاختيار أو اتخاذ القرار أو تحقيق الحل للمشكلة وهذه الطريقة تعتمد على التوجيه المباشر التعليمي من المرشد إلى المسترشد وهذا يشير إلى أن "وليمسون" لديه ثقة محدودة في قدرة المسترشد على حل مشكلته وتحمل مسئوليته .

2- طريقة ثورن Thornee :

تعرف هذه الطريقة بطريقة إرشاد الشخصية وهذا الأسلوب مبني على النسق الطبي الذي يعتبر اضطرابات الشخصية شبيهة بالمرض الجسمي . وبناء على ذلك فالتشخيص يعتبر أساسا للعلاج ، لقد تجنب "ثورن" العرض النظري وحاول الاعتماد على طريقة التوليف أو الانتقاء . أن الفرض الأساسي الذي يقوم عليه أسلوب "ثورن" هو أن الحالات والظروف المختلفة تستدعي ألوانا مختلفة من العلاج . ويعتمد ذلك على طبيعتها وتطورها .

3- طريقة إليس Ellis :

تعتبر محاولة " إليس " أكبر محاولة لإدخال العقل والمنطق في عملية الإرشاد والعلاج النفسي ، وقد سميت هذه الطريقة أولا "بالعلاج العقلي" ثم بالعلاج

العقلي الانفعالي . وأخيرا سميت نظريته بالعلاج العقلي الانفعالي السلوكي Rational Emotive Behavior Therapy ، وصيغة العلاج الأخيرة هذه هي آخر التعديلات التي أدخلها "إليس" حتى عام 1995 . فبعد أن كان يؤكد على الطابع المنطقي والمعرفي لطريقته في العلاج وأدى هذا إلى سوء فهم طريقته العلاجية حيث اعتقد الكثيرون آنذاك أنها تهتم فقط بالمعرفات Cognitions إلا أن "إليس" ومنذ البداية كان يرى أن الأفكار والانفعال والسلوك هي عمليات نفسية مترابطة ومتفاعلة ومتداخلة وأن طريقة العلاج تهتم بها جميعا ، ولكي يواجه"إليس" الانتقادات التي تتهمه بإهمال الانفعال أعاد تسمية طريقته عام 1961باسم العلاج العقلاني الانفعالي (R E T) وحديثا ذهب "إليس" إلى أن طريقته وأسلوبه ومنهجه في العلاج يمكن أن نطلق عليه العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (R E B T) ويشير "إليس" في هذه الإطار إلى أن التفكير والانفعال والسلوك لدى الإنسان جوانب لا تنفصل عن بعضها البعض بل إنها جوانب تتفاعل جميعا بصورة ذات دلالة (Ellis, 1995, 85) بإضافة دراسة السلوك في طريقة "إليس" بدأ استخدام الفنيات السلوكية في حدود الإطار النظري للعلاج العقلاني ومن بين هذه الأساليب . الواجبات المنزلية النشطة التي يُكلف بها المسترشد لمواجهة المواقف أو قراءة كتاب ، ومنها أيضا أساليب الإشراط الإجرائي مثل التعزيز والعقاب والتشكيل وغيرها ومنها أيضا أسلوب الاسترخاء وغيره من أساليب التشتيت البدني ، كما أن أسلوب التخيل الذي يستخدمه المعالج العقلاني الانفعالي يشتمل على جوانب معرفية وانفعالية وسلوكية حيث يطلب من المسترشد أن يتخيل نفسه في موقف الانفعال الكدر ثم يتخيل نفسه وقد غير من هذا الانفعال إلى انفعال أقل في المستوى منه (من الغضب إلى الضيق) وفي المرة التالية إلى مستوى أقل وهكذا ، (محمد محروس الشناوي ، 1994 ، 116) .

كانت نظرية "إليس" تقوم على بعض التصورات والفروض المتعلقة بطبيعة الإنسان وطبيعة التعاسة والاضطرابات الانفعالية التي يعاني منها ، ومن بين هذه التصورات والفروض ما يلي (باترسون ، ترجمة ،حامد الفقي ، أ ، 1992 ، 176-177) .

1- الإنسان حيوان عاقل وحين يفكر ويسلك بطريقة عقلانية يصبح ذا فاعلية ويشعر بالسعادة والكفاءة .

2- الاضطراب الانفعالي والسلوك العصابي يعتبران نتيجة للتفكير غير المنطقي ، والتفكير والانفعال متصلان ، فالانفعال يصاحب التفكير ، والانفعال في حقيقته تفكير منحاز ذاتي وغير عقلاني .

3- يرجع التفكير غير العقلاني في أصله ونشأته إلى التعلم المبكر غير المنطقي ، فالفرد لديه استعداد لذلك كما أنه يكتسبه من والديه والثقافة التي يعيش فيها .

4- الإنسان حيوان متكلم والتفكير يتم عادة خلال استخدام الرموز الكلامية ، ولما كان التفكير يصاحب الانفعال والاضطراب الانفعالي فإن التفكير غير العقلاني يستمر بالضرورة طالما يستمر الاضطراب الانفعالي .

5- حالة الاضطراب الانفعالي تستمر نتيجة للظروف والأحداث الخارجية التي تتجمع على صورة جمل يتم استدخالها أو تمثلها .

6- الأفكار والانفعالات السلبية أو المثبطة للذات يجب مهاجمتها بإعادة تنظيم الإدراك والتفكير بدرجة يصبح معها الفرد منطقياً ومتعقلاً ، وهدف الإرشاد النفسي أن يوضح للمسترشد أن حديثه مع ذاته يعتبر المصدر لاضطرابه الانفعالي ، ويبين له كيف أن هذه الأحاديث الذاتية غير منطقية ويساعده على أن يستقيم تفكيره حتى يصبح الحديث الذاتي لديه أكثر منطقية وأكثر فاعلية . وبالتالي غير مصحوب بانفعالات سلبية أو سلوك إحباطي للذات.

كيف يتم تكوين الأفكار اللامنطقية ؟

يرى " إليس " أن الأحداث في حد ذاتها لا تسبب لنا الاضطراب ولكن الذي يسبب الاضطراب هو أفكارنا ومعتقداتنا حول هذه الأحداث فإذا كان الشخص لديه أفكار منطقية عنها نتج عن ذلك نتائج مرغوبة ومناسبة ، أما إذا كان الشخص لديه أفكار لا منطقية نتج عن ذلك نتائج غير مرغوبة وغير مناسبة ، وقد شرح "إليس" ذلك كالآتي :

(A) حدث منشط (شيء حدث بالفعل ، اتجاه) .

(B) الأفكار والمعتقدات التي يتبناها الشخص نحو (A) وهي التي تؤدي إلى النتيجة .

(C) النتيجة أو رد الفعل .

ولما كان (B) هو المسئول عن (C) فإن هدف العلاج هو تغيير (B) أو ضبطها حتى يتم تحقيق نتائج مرغوبة .

ونعطي مثالاً يوضح تكوين الأفكار اللامنطقية بالتطبيق على بعض أنواع القلق :

تفسير القلق في ضوء العناصر الثلاثة A. B. C

A	B	C
رؤية منظر حرب	أنه موقف خطير	استجابة قلق الصدمة ما بعد الحرب
رؤية الموت أو الخوف من الموت	هذا الموقف مثير للأعصاب وأجد صعوبة في تحمله	استجابة قلق الموت
الخوف من الوجود بشكل فردي في الخلاء	سيكون الشعور سيئاً تجاه هذا الموقف في المستقبل	استجابة قلق رهاب الساحة

(محمد سعفان ، 1998 ، 7)

في ضوء آراء " إليس " عن علاقة الأفكار اللاعقلانية بالاضطرابات الانفعالية وأيضاً علاقة عمليات التفكير اللامنطقية بالاضطرابات الانفعالية فإن خطة العلاج تتضمن محاور ثلاثة ضرورية (محمد سعفان ، 2003 ، 69 – 72) .

المحور الأول : تحديد الأفكار اللاعقلانية العامة التي تؤدي إلى الاضطرابات الانفعالية ثم محاولة دحضها بالعقل والمنطق :

قد حدد " إليس " إحدى عشرة فكرة أو قيمة لاعقلانية تؤدي في رأيه إلى انتشار الاضطرابات الانفعالية والعصاب وهي كما يلي :

1) من الضروري أن يكون الشخص محبوباً أو مرضياً عنه من كل المحيطين به .
2) ينبغي أن يكون الشخص على درجة كبيرة من الكفاءة والمنافسة التي تصل إلى حد الكمال حتى يشعر أن له قيمته وأهميته .
3) بعض الناس يتصفون بالشر والوضاعة والجبن ولذلك فهم يستحقون اللوم والتوبيخ والعقاب .
4) أنه لمن النكبات المؤلمة أن تسير الأمور على غير ما يتمنى المرء .
5) تنتج التعاسة عن ظروف خارجية لا يستطيع الشخص التحكم فيها .
6) تُعد الأشياء الخطرة أو المخيفة سبباً للانشغال الدائم والهم الكبير ، ويجب أن يكون الشخص دائم التوقع لها ، وعلى أهبة الاستعداد لمواجهتها والتعامل معها .
7) الأسهل للشخص أن يتفادى بعض المشكلات أو المسئوليات بدلاً من مواجهتها .
8) يجب على الشخص أن يكون مستنداً على آخرين ، وأن يكون هناك شخص أقوى منه يعتمد عليه .
9) الخبرات والأحداث الماضية هي التي تحدد سلوك الشخص الحالي ولا يمكن استبعاد تأثير الماضي .
10) ينبغي أن يحزن الشخص لما يصيب الآخرين من اضطرابات ومشكلات .

11) هناك دائماً حل صحيح أو كامل لكل مشكلة ، ويجب أن نبحث عن هذا الحل لكي لا تصبح النتائج مؤلمة وخطيرة .

المحور الثاني : عمليات التفكير اللامنطقية المرتبطة بالاضطرابات الانفعالية:

بجانب الأفكار اللاعقلانية التي تؤدي إلى الاضطرابات الانفعالية توجد عمليات عقلية لا منطقية تؤدي إلى الاضطرابات الانفعالية ومنها : المبالغة والتعميم وأخطاء الحكم والاستنتاج ، ومهمة المرشد النفسي العمل على تغييرها وتدريب المسترشد على عمليات التفكير المنطقية : ونشير باختصار إلى بعض العمليات العقلية .

أ- **المبالغة Exaggeration** إدراك الموقف وتفسيره بأكثر مما هو عليه بالفعل

ب- **التعميم Generalization** ، الانتقال بالإدراك والتفسير والحكم من الخاص إلى العام أو من الجزء إلى الكل .

جـ- **أخطاء الحكم والاستنتاج** يعرف الحكم Judgement ، بأنه قرار عقلي برأي معين ويعرف الاستنتاج Inference بأنه انتقال العقل من قضية مسلم بها إلى قضية أخرى مترتبة عليها .

من أمثلة أخطاء الحكم : إصدار الشخص حكماً واحداً على مواقف مختلفة .

من أمثلة أخطاء الاستنتاج : شعور الشخص بأنه في خطر لأنه رأى صديقه يتحدث مع شخص آخر .

المحور الثالث : الأفكار اللاعقلانية الخاصة المرتبطة باضطراب انفعالي محدد :

بجانب الأفكار اللاعقلانية العامة والتي أشرنا إليها في " المحور الأول " أشار " إليس" إلى أن كل اضطراب انفعالي يرتبط بأفكار لاعقلانية خاصة **بهذا**

الاضطراب ، وينبغي على المرشد النفسي تعديلها ، لأنها الدليل على جدوى العلاج. ورغم أن كتابات " إليس " لا تحتوي على أفكار لاعقلانية محددة لكل اضطراب إلا أنه أعطى أمثلة على بعض الاضطرابات . والأفكار اللاعقلانية المرتبطة بها ، ومن أمثلة هذه الاضطرابات ، انفعال الغضب ، فقد لخص " إليس " الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالغضب في أربع قضايا على النحو التالي : (Ellis, 1977)

1- كم كان شنيعاً (فظيعاً) أن تعاملني بمثل هذه الطريقة الظالمة .

2- لا أستطيع أن أتحمل معاملتك لي بأسلوب الاستهانة (عدم المسئولية) غير العادل

3- لا ينبغي أن تعاملني بهذه الطريقة .

4- لأنك تعاملني بهذه الطريقة أجد أنك الشخص المرعب (الفظيع) الذي لا يستحق أي شيء طبيعي في الحياة ، ولابد من عقابك .

لكي تكون خطة العمل لمواجهة الاضطراب الانفعالي فعالة يجب أن تتضمن المحاور الثلاثة ، ويضاف إلى ذلك ضرورة تعلم أنماط سلوكية جديدة مثل الإعلان عن حالة الاضطراب ، وطلب المساعدة من شخص آخر وتعلم الحوار الجدلي سواء مع النفس أو مع شخص آخر ، وسوف نعرض للمحاور الثلاثة بالتطبيق على اضطراب انفعال الغضب في الفصل السابع .

عملية العلاج :

يناقش " باترسون " عملية العلاج لدى " إليس " كالتالي : " في ضوء الفلسفة والتصورات المتعلقة بطبيعة الاضطراب الانفعالي لدى " إليس " تكون عملية الإرشاد هي علاج غير المعقول بالمعقول ، والإنسان ككائن عاقل قادر على تجنب الاضطراب الانفعالي والتخلص منه بتعلم التفكير العقلي المنطقي وهذا ما يحدث خلال عملية العلاج . وعمل المعالج هو مساعدة المسترشد على التخلص من

الأفكار والاتجاهات غير المعقولة واستبدالها بأفكار واتجاهات معقولة وذلك من خلال عدة خطوات : (باترسون ، ترجمة حامد الفقى ، 1992 ، أ ، 184 – 188).

الخطوة الأولى : أن يثبت للمسترشد أنه غير منطقي ثم نساعده على أن يفهم لماذا هو غير منطقي .

الخطوة الثانية : توضيح العلاقة بين أفكار المسترشد غير المنطقية وبين ما يشعر به من تعاسة واضطراب . ويتم إطلاع المسترشد على كيفية استمرار اضطرابه طالما أنه مستمر في التفكير بصورة غير منطقية .

الخطوة الثالثة : أن يجعل المسترشد يغير تفكيره ويغير أفكاره اللامنطقية ، ورغم أن الطرق الأخرى تترك المسترشد ينفذ هذه الخطوة معتمداً على نفسه إلا أن العلاج العقلاني يدرك أن التفكير المنطقي يعتبر طبعاً من طباع المسترشد الثابتة التي يصعب التخلص منها أو تغييرها معتمداً على نفسه .

الخطوة الرابعة : في هذه الخطوة يتم الذهاب إلى مستوى أبعد من مجرد التعامل مع مجموعة معينة من الأفكار الأكثر عمومية ومع فلسفة المسترشد ونظرته إلى الحياة وبذلك نعده لتجنب الوقوع ضحية للأفكار الخاطئة مرة ثانية . ونتيجة لهذه العملية يكتسب المسترشد فلسفة عقلية من الحياة ويستبدل الأفكار اللامنطقية بأخرى منطقية ، وعندما يتحقق ذلك يتخلص المسترشد من الانفعالات السلبية ومن السلوك المهدد للذات والمبنى على تلك الانفعالات .

وتقوم إستراتيجية المعالج العقلاني الانفعالي في الهجوم على الأفكار اللامنطقية لدى الشخص المضطرب على طريقتين أساسيتين هما :

1) أن يتقلد المعالج دور الداعية الصريح الذي يناقض وينكر الاعتقادات الخاطئة والخرافات المتأصلة لدى المسترشد .

2) أن يتقلد المعالج دور المشجع المقنع الذي يصر أحياناً على أن يقوم المسترشد ببعض الأنشطة ويمارس بعض الأعمال التي يخاف من

ممارستها بسبب الخوف المبني على الاعتقادات والأفكار الخرافية ، وقيام المسترشد بذلك يعتبر هجوماً مضاداً على المعتقدات والأفكار الخاطئة.

الفنيات العلاجية :

من أهم الفنيات العلاجية التي يستخدمها المعالج العقلاني الانفعالي ما يلي : التلقين ، وصف السلوك ، الجدل ، الإيحاء ، الإقناع ، الواجبات المنزلية ، التقليد ، لعب الدور ، التخيل، أساليب الإشراط الإجرائي مثل التعزيز والتشكيل .

توقعات علاجية ومشكلات منهجية :

يذهب " إليس " إلى أن المرشد النفسي العقلاني الانفعالي يجب ألا يبالغ في النتائج المتوقعة لأن هناك حالات لديها استعدادات بيولوجية تؤدي إلى استمرار الاضطراب ، أيضاً تؤدي الخبرات المبكرة في البيئة الاجتماعية إلى تأثير سلبي على محاولات العلاج . ويذهب البعض إلى أن العلاج العقلاني لدى " إليس " لا يصلح مع الحالات الصعبة ، والحالات التي لديها تصلب في المعتقدات ولذلك فهو يصلح فقط في الحالات المعتدلة والحالات التي تتطلب تغييراً في المفاهيم أو الاتجاهات أو العادات المكتسبة من مواقف خاصة مثل حالات الاضطرابات الجنسية ومشاكل الأسرة ، ومشاكل الوظيفة ، والاكتئاب البسيط ... الخ . ومع ذلك فإن طريقة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (بمفهومه الحديث) من أكثر الطرق العلاجية فعالية في علاج الكثير من المشكلات والاضطرابات . وإضافة الإجراءات المتصلة بالسلوك إلى الإجراءات المتصلة بالعقل والانفعال يعطيه قوة ومكانة بين طرق العلاج الأخرى.

ثانياً : الطرق القائمة على النظرية الوجودية :

يتم تطبيق مبادئ الفلسفة الوجودية في مجالات عديدة مثل : الأدب والفلسفة وعلم النفس، ولذلك نجد مسميات مختلفة باختلاف المجالات ، مثل : الوجودية الفلسفية والوجودية العلاجية والوجودية الأدبية

وفي هذا الجزء نعرض لخصائص الفلسفة الوجودية ثم نعرض للعلاج النفسي الوجودي : خاصة لدى " روللوماى " و " فرانكل " .

الفلسفة الوجودية :

تتناول الفلسفة الوجودية مشكلات وجودية للإنسان ، مثل مشكلة معنى الحياة ، مشكلة الموت ، مشكلة الألم ، ومن الفلاسفة الوجوديين مارتن هيدجر Heidegger, M. وجان بول سارتر Sarter, J. P. ، وجابريل مارسل Marcel, G. ، وكارل ياسبرز Jaspers, K. ومن الخصائص المشتركة بين الفلاسفة الوجوديين ما يلي :

أ- السمة المشتركة الرئيسية بين مختلف الفلسفات الوجودية (في القرن العشرين الميلادي) تقوم في أنها تتبع ابتداء من تجربة حية معاشة تسمى تجربة وجودية، وهذه التجربة تختلف بين فيلسوف وآخر ، فهي لدى " ياسبرز " حالة هشاشة الوجود، ولدى " سارتر " تجربة الغثيان ، ولدى " هيدجر " تجربة السير باتجاه الموت . واختلاف حالة التجربة على هذا النحو يشير إلى أنها تجربة شخصية معاشة .

ب- الموضوع الرئيسي للبحث الفلسفي عند الوجوديين هو ما يسمى " الوجود " وتدل الكلمة على الطريقة الخاصة بالإنسان في الوجود ، ونادراً ما تُستخدم كلمة إنسان وإنما يُدلُّ عليه تعبيرات مثل " الموجود هناك " و " الوجود " والأنا والوجود لأجل ذاته ، وهذا لأن الإنسان لا يملك وجوده إنما أنه هو هو .

جـ- يرفض كل الوجوديين التمييز بين الذات والموضوع ، ويقللون من قيمة المعرفة العقلية في ميدان الفلسفة ، فهم يرون أن المعرفة الحقة لا تكتسب بوسيلة العقل بل ينبغي التعامل مع الواقع ، هذا التعامل أو الخبرة يتم على الخصوص بالقلق أو تجربة القلق ، وفيه يدرك الإنسان أنه موجود محدود

قاصر ويدرك هشاشة وضعه في العالم ، ويدرك أخيراً أنه سائر إلى الموت (كما عند هيدجر) .

د- الإنسان ليس منغلقاً على نفسه بل هو مربوط أوثق ارتباط إلى العالم وعلى الأخص إلى البشر الآخرين . وهذا الرباط يكون الطبيعة الخاصة للوجود الإنساني شأنه شأن الموقف ، وهذا معنى مفهوم الوجود معاً عند " هيدجر " والتواصل عند " ياسبرز " والانت عند " مارسل" (بوشنسكى ، ترجمة ، عزت قرني ، 1992 ، 261 – 268) .

يلخص كورشين Korchin (1976) الموضوعات الكبرى في الوجودية المعاصرة على النحو التالي :

1- الإنسان حر وله أن يختار ، وذلك مستمد من القدرة الإنسانية المميزة على الشعور والشعور بالذاتي .

2- يرتبط الإنسان بالآخرين وبعالمه ارتباطاً لا فكاك منه . وهنا تبرز مفاهيم مثل "المشاركة" و"الحضور" و" الملاقاة " .

3- يتضمن الوجود لا وجود ، ذلك أن الواقع الحتمي للموت يعطي معنى للوجود . كما أنه هو أيضاً مصدر القلق " الوجودي " أو العادي .

4- من خلال الملاقاة يمكن للإنسان أن ينمو وأن يرتقي ، فهو ليس سكونياً (استاتيكيا) . وفوق ذلك فإنه يمكن أن يتعالى على الموقف الحالي وأن يتجاوز ماضيه أو أن يتصور ويرمز ومن ثم يصل إلى اختيارات مستقبلية مثلى .

5- الإنسان الحديث يشعر أيضاً بالاغتراب عن عالم الطبيعة والإنسان ، فيشعر بوحدة متزايدة وبعزلة وعدم الرضا الناتجين عن فقدان المعنى في حياة الفرد ، إذ يعيش الكثيرون في " فراغ وجودي " على حد تعبير فرانكل . (في لويس كامل مليكه ، 1996 ، 182 – 183).

العلاج النفسي الوجودي :

قامت عدة مدارس بتطبيق مفاهيم الوجودية الفلسفية في مجال التشخيص والعلاج ، ومن مؤسسي العلاج النفسي * الوجودي في أمريكا روللوماى Rollomay وفي النمسا فيكتور أميل فرانكل Victor E. Frankl وتعرف مدرسة " فرانكل " في النمسا بالمدرسة الثالثة في العلاج النفسي حيث تنسب المدرسة الأولى إلى " فرويد " والمدرسة الثانية إلى آدلر ، ونعرض لكل اتجاه على حدة على النحو الآتي :

الاتجاه الأول : العلاج النفسي الوجودي " لدى روللوماى " :

روللوماى هو أبو العلاج النفسي الوجودي في الولايات المتحدة ، وقد أشرف على تحرير الكتاب الرئيسي في هذا الميدان تحت عنوان " الوجود بُعد جديد في الطب النفسي " وعلم النفس ، ومن كتبه " معنى القلق" و"الحب والإرادة" و"الحرية والمصير" . ونعرض ملخصا لبحث " روللوماي " يوضح فيه أسس العلاج النفسي الوجودي والسياق الخاص به ، مع ملاحظة أنه لا يفضل استخدام مصطلحات مدرسة ونظرية لأنه يعتبر العلاج الوجودي موقف ، (روللوماي ، ترجمة ، فؤاد كامل ، 1987 ، 139-156) .

الأسس الوجودية للعلاج النفسي لدى " روللوماى " :

اقترح "روللوماي" ستة مبادئ تحدد السمات العامة "للمريض" وقد أطلق على هذه المبادئ أحيانا سمات أنطولوجية Ontological Charcteristics :

1- لا ينبغي أن ننظر إلى العصاب Neurosis بوصفه انحرافا عما ينبغي أن يكون عليه الشخص بل هو المنهج الذي يتخذه الشخص للحفاظ على مركزه الخاص

---

* خلال العقود الأخيرة من القرن العشرين كانت محاولات تحديد ملامح الإرشاد النفسي مازالت مستمرة وكان استخدام مصطلح " علاج " هو الشائع ، ولكن حاليا استقرت ملامح الإرشاد النفسي من حيث فلسفته وإجراءاته وتكنيكاته وخصائص المسترشد الذي تقدم له الخدمات الإرشادية . في ضوء ذلك فإن العلاج الوجودي يحقق نتائج أفضل مع المسترشد عنه مع المريض . ومع ذلك سوف نبقى على استخدام مصطلح " مريض " في حالة الاقتباس.

وعلى وجوده الخاص، وما أعراضه سوى طرائق يلجأ إليها لتقليص رقعة عالمه حتى يحمي مركزية وجوده ضد الخطر الذي يتهدده .

2- كل شخص موجود يتصف بصفة توكيد الذات Self . Affirmation ، والاسم الخاص الذي نطلقه على هذا التوكيد للذات هو الشجاعة . وبدون هذه الشجاعة يفقد الإنسان وجوده ، ولهذا السبب يكون من المهم الاهتمام بتعبيرات المريض التي تبقى بالإرادة والقرارات والاختيار .

3- الأشخاص الموجودون جميعا يشعرون بالحاجة إلى ويتمتعون بإمكانية الخروج من مركزيتهم لمشاركة الكائنات الأخرى . وهذا يقتضي دائما نوعا من المخاطرة ، فلو أن الكائن العضوي مضى أبعد من اللازم ، إذن لكان عرضة لفقدان مركزيته وهويته ، فإذا كان المريض بالعصاب يشعر بالخوف من أن يفقد مركزه الذي يدور فيه الصراع إلى درجة يحجم معها عن الخروج ويتراجع ليعيش في الصراع إلى درجة ضيقه وفي رقعة منكمشة من العالم، فإن نموه وتطوره يتوقفان ، وهذا هو النموذج في صنوف القمع والكبت العصابية ، وهي الأشكال العصابية الشائعة على أيام " فرويد" ولكن في أيامنا هذه تشيع المطابقة أو المسايرة ويسود فيها الإنسان المتجه إلى الخارج حتى يحدث التشتيت للذات في المشاركة والتطابق مع الأخرين وحتى يتم تفريغ المرء لوجوده . وهذا معناه أنه لا سبيل إلى فهم الإنسان بوصفة ذاتا إذا حذفنا المشاركة .

4- الشكل الإنساني الفريد للوعي هو الشعور بالذات . ولا ينبغي أن نطابق بين الوعي والشعور . فالشعور : ليس مجرد وعي بالخطر الصادر عن العالم ، وإنما هو قدرتي على معرفة نفسي بأنني الشخص المهدد ، أي خبرتي بنفسي بوصفي الذات التي لها عالم . والقدرة على الشعور هي أساس الحرية النفسية .

5- مهمة المعالج لا تنحصر في مساعدة المريض على الوعي فحسب ، بل مساعدته على تحويل هذا الوعي إلى شعور بالذات ، لأن الشعور بالذات يضع

الوعي على مستوى مختلف تماما ، إنها رؤية المريض أنه الشخص الذي يتعرض للتهديد ، وأنه الموجود الذي يقف في هذا العالم المهدد ، وهذا يمنحه إمكانية النظر إلى الداخل Insight ورؤية العالم ومشكلاته في علاقتها بنفسه ، ومن ثم يمنحه هذا إمكانية أن يفعل شيئا ما بصددها .

6- القلق هو حالة الإنسان في صراعه ضد ما يهدد بتحطيم وجوده ، هذا الصراع قد يكون موجها ضد شيء ما خارج الذات أو ضد الداخل (أي داخل الشخص) والعلاج النفسي يركز على الجانب الداخلي .

سياق العلاج النفسي والتعليقات عليه لدى رولوماي :

المريض في حاجة إلى الخروج من تمركزه حول ذاته إلى عمل علاقات مع الآخر ، لأن المشكلات العصابية التي يصفها " فرويد " لم تكن سوى صور لأناس يخشون أن يفقدوا مركزهم الخاص إلى درجة أنهم يحجمون ولا يستطيعون الخروج فتراهم يتصلبون في أماكنهم ويعيشون في ردود فعل ضيقة وفي حيز نفسي منكمش من العالم وهذه صورة نمطية لصنوف الكبت العصابية . وعلى ذلك فالعصاب ليس قصوراً أو إخفاقاً في التكيف ولكنه منهج للتكيف مع عالم مبتور . فالعصاب نشاط مبدع ينطوي في داخله على الطاقة الخلاقة للإنسان التي ينبغي أن تنتقل بطريقة أو بأخرى إلى الجانب البناء من الحياة في عملية تغلبه على مشكلاته.

ينتسب الإنسان إلى نفسه في حالة من التفرد عندما يكون لديه الوعي والشعور بأنه الشخص الوحيد الذي يتحمل هذه المسئولية ، ولتجاوز التبريرات لا يكفي أن آخذ على عاتقي ما فعلته بالأمس بل أيضاً مسئولية ما سأفعله وأشعر به وأفكر فيه غداً .

ينبغي أن يعرف الشخص أنه لن يحب أبداً الأشخاص الذين ارتبط بهم حباً كاملاً . بل ستبقى هناك دائماً بعض عناصر التدمير . ولهذا السبب عينه لا يمكن أن نعرف بصورة مطلقة هل القرار الذي نتخذه الآن هو القرار الصحيح حقاً ؟ ولكن ،

ينبغي رغم كل هذا أن نتخذ القرار ، وهذه المخاطر تلازم الوعي بالذات ، فيجب أن نتصرف وكأن قراراتنا صحيحة وهذا هو الوصول إلى المستقبل الذي يجعل كل حياتنا مجازفة ، ويجعل كل تجربة محفوفة بالمخاطر .

وظيفة العلاج منح الناس سياقاً يستطيعون فيه مواجهة القلق والذنب وتجريبهما تجربة بناءة ؛ لأن الذنب السوى والقلق السوى يجعلنا نبذل أقصى ما في وسعنا لعرض أفكارنا على الآخر ، ويشعرنا بالتواضع ويجعلنا أكثر انفتاحاً على الآخرين ، أما القلق العصابي والذنب العصابي لا يتلاءم كل منهما مع الموقف وآثارهما هدامة . وليس الهدف من العلاج القضاء على القلق أو الذنب ولكن الهدف منه تغيير القلق العصابي إلى قلق سوي ، لأنه سيكون قلقاً واعياً وسيكون الشخص أقدر على استخدامه بصورة بناءة .

من السمات المميزة للمعالجين الوجوديين تركيزهم على المستقبل ، وليس معنى هذا إلغاء الماضي والحاضر ولكن لأن الإنسان هو ما سيصير عليه ، وبُعد زمان المستقبل له دلالة في مشكلة إخراج الذكريات المكبوتة إلى مجال الوعي . حيث يتوقف تذكرنا للماضي على قرارنا الذي اتخذناه بالنسبة للمستقبل ، وعندما نعجز عن تصور المستقبل يحدث الاكتئاب .

المهمة الأساسية للمعالج ومسئوليته هما أن يسعى إلى فهم المريض بوصفه موجوداً ، وموجوداً في عالمه ، وأن ينشئ موقفاً في حجرة الاستشارة يستطيع فيه المريض نفسه أن يفهم ويختبر هذه الأشكال للوجود . إن ما يميز العلاج الوجودي ليس هو ما يفعله المعالج بوجه خاص لمواجهة القلق أو مجابهة المقاومة أو في أي أحداث أخرى خاصة تمر بالعلاج وإنما هو سياق Context العلاج . فالمحلل النفسي التقليدي يأخذ كل حادثة على انفراد عندما يفسر حلماً معيناً أو سورة غضب. أما سياق العلاج الوجودي هو الذي سيكون متميزاً فسوف يركز على الكيفية التي

يلقى بها هذا الحلم الضوء هذه اللحظة وما هو التوجه الكامن صوب قرار معين ينطوي عليه الحلم . فالاهتمام هنا على عناصر الإرادة والقرار في أقوال المريض..

سمة أخرى للعلاج الوجودي هو تركيزه على الجوانب الإنسانية مثل الاحترام والثقة وتجربة الصداقة وهذا يعبر عنه بمفهوم الالتقاء Encounter بين المعالج والمريض ، فالمعالج كوجود يتصل بالمريض كوجود آخر . والمعالج في هذه الظروف لابد وأن يكون خبيراً .

الاتجاه الثاني : العلاج القائم على المعنى لدى " فيكتور فرانكل " :

يعتبر فيكتور إميل فرانكل Victor, E, Frankl (1997 – 1950) أحد علماء الوجودية ، على الرغم أن له مدرسة خاصة سواء في الفلسفة أو العلاج . وقد استخدم " فرانكل " العلاج بالمعنى Logotherapy كاسم لنظريته وكلمة Logos كلمة يونانية تشير إلى المعنى Meaning وتقوم فكرة " فرانكل " على كيفية توظيف المعنى لخدمة الصحة النفسية، والمعنى لدى " فرانكل " هو القوة الدافعية الأولية في الإنسان ، وهو بذلك يختلف عن مبدأ اللذة Pleasure principle عند "فرويد " ويختلف عن مبدأ إرادة القوة The will to power عند " أدلر " وإرادة المعنى لدى معظم الناس حقيقة وليس اعتقاداً . وأن سعي الإنسان إلى البحث عن معنى هو قوة أولية في حياته ، وهذا المعنى فريد ونوعي من حيث إنه لابد أن يتحقق بواسطة الشخص وحده وعندئذ فقط يكتسب هذا المعنى مغزى يشبع إرادة المعنى عنده.

الاستدلال على عدم وجود المعنى لدى الإنسان :

يمكن الاستدلال على عدم وجود المعنى لدى الإنسان في الحالات التالية :

1- الفراغ الوجودي Existential vacuum :

الفراغ الوجودي : هو خلو الحياة من المعنى وافتقاد القيمة ، ولا يجد الإنسان ما يستحق أن يعيش من أجله ، وعندما يكون الإنسان أمام اختيار لا يعرف ما ينبغي عليه أن يفعله أو ماذا يريد أن يفعل ، ويُعبر هذا الفراغ عن نفسه في صورة حالة ملل ، والملل هو سبب الكثير من المشكلات التي تفوق ما يسببه الألم أو الحزن . (باترسون ، ترجمة حامد الفقي ، 1990 ، (ب) ، 464 - 466) .

2- الإحباط الوجودي Existential frustration :

يعرف " فرانكل " الإحباط الوجودي بأنه إحباط الرغبة في وجود المعنى (فشل الإنسان في إيجاد معنى يناسبه) ، والإنسان الذي لديه إحباط وجودي قد يعوض عنه في صور أخرى مثل وجود الرغبة في القوة أو المتعة (مثل التعويض الجنسي) .

3- الخوف من المسئولية والهروب من الحرية Fear of Responsibility and Escape from Freedom :

حدد فرانكل أربع خصائص للإنسان الذي يخاف من المسئولية ويهرب من الحرية وهي :

- الاتجاه إلى عدم التخطيط في الحياة اليومية أو على المدى الطويل .
- الاتجاه نحو الجبرية أو القدرية في الحياة .
- تخلى الإنسان عن نفسه ككائن مسئول مع عدم الانخراط مع الجماهير .
- تعصب الإنسان لرأيه وإهمال آراء الآخرين .

هذه الخصائص تحدد بأنها عصاب جمعي وتميز الشخص العصري .

4- القلق الوجودي Existential anxiety :

يقصد بالقلق الوجودي : الخوف من الموت والخوف من الحياة ككل . خاصة عندما يكون على الإنسان ضرورة مواجهة العوامل الزائفة والتي تبدو أنها

تحدد مصيره وتجبره أحياناً على التراجع وتجنب الحياة . إن قلق الإنسان من الحياة ويأسه منها هو ضيق معنوي روحي وليس بالضرورة أن يكون مرضاً نفسياً (فرانكل ، ترجمة طلعت منصور ، 1982 ، 137 – 138) .

يقوم العلاج القائم على المعنى على مفاهيم ثلاثة هي : حرية الإرادة ، إرادة المعنى، معنى الحياة (فرانكل، ترجمة إيمان فوزى، 1998، أ – ب) .

- ***حرية الإرادة : The freedom of will*** أي أن للإنسان القدرة على تجاوز أقصى الظروف صعوبة إما بالشجاعة أو الضحك (الفكاهة) .
- ***إرادة المعنى : The will to meaning*** : هي قوة جذب لا قوة حفز أو دفع ، لأن الهدف من الحفز والدفع تحقيق الاتزان الداخلي لكن إرادة المعنى هدفها تحقيق معنى للوجود الإنساني، ويتحقق هذا المعنى باتخاذ القرارات وعندما يتخذ الإنسان القرارات لابد وأن يسلك سلوكاً أخلاقياً . وهذه القرارات تكون من أجل قيمة التزم بها أو شخص أحبه أو رغبة في رضا ربه .
- ***معنى الحياة The meaning of life*** : والمقصود به هنا المعنى الخاص للشخص والذي يتحدد من خلال اتجاهاته نحو حياته ورسالته الخاصة في الحياة أو مهنته الخاصة التي تفرض عليه مهام محددة لابد من تحقيقها. ومعنى الحياة لا يتحقق فقط بتحقيق الذات ولكن لابد من تجاوز ذلك إلى الخارج حيث يتم عمل علاقة طيبة مع الآخر وتقديم شيء له قيمة للآخر .

أهداف العلاج بالمعنى :

العلاج بالمعنى يقصد به العلاج من خلال المعنى . والمعالج الذي يستخدم الاستراتيجية القائمة على العلاج بالمعنى يسعى إلى تحقيق الأهداف الآتية :

1- زيادة وعي المسترشد بأن الإنسان لكي يعيش فعليه أن يعاني لكي يستمر في الحياة فعليه أن يكتشف معنى لهذه المعاناة .

2- مساعدة المسترشد على اكتشاف المعنى المفقود في حياته .

3- مساعدة المسترشد على تغيير نفسه في الحاضر لتأكيد وجوده .

4- مساعدة المسترشد على تغيير اتجاهاته نحو أعراض مرضه ليس بقصد تخليصه منها ولكن لكي يتكشف كينونته .

5- مساعدة المسترشد على أن يدرك أنه يمكن مواجهة حياته باختياراته الحرة بشرط أن يكون مسئولاً عن هذه الاختيارات وعن الحالة التي هو عليها الآن (من هنا كانت أهمية ربط الحرية بالمسئولية في العلاج الوجودي) .

6- مساعدة المسترشد على إعطاء معنى كامل لحياته .

7- مساعدة المسترشد على استرداد علاقته بالآخرين لأنها علاقة وجود ، وهذا يتطلب تجاوز الذات من أجل الآخر .

سياق العلاج الوجودي القائم على المعنى :

مهمة المعالج الوجودي أن يجعل المريض * يرى أن الحياة لا تتوقف أبداً عن الاحتفاظ بمعنى ، وأن الحياة تظل ذات معنى تحت أي ظرف من الظروف ، فحتى الجوانب المأساوية والسلبية من الحياة كالمعاناة التي لا يمكن تجنبها – يمكن تحويلها إلى إنجاز إنساني من خلال الاتجاه الذي يتبناه الإنسان تجاه محنته ، وعلى ذلك يمكن اعتبار العلاج بالمعنى علاج واقعي في مواجهة الثالوث المأسوي للوجود الإنساني : الألم ، الموت ، الإثم . فالعلاج بالمعنى يحول الشعور باليأس إلى إحساس بالانتصار . والمعاني يعثر عليها (تكتشف) ولا يمكن إعطاؤها . وإذا أعطت فإنها لا تعطي بطريقة قسرية ولكن تعطى بالطريقة التي تعطى بها الأجوبة، بمعنى أن لكل سؤال إجابة واحدة ولكل موقف معنى واحداً وهو المعنى الحقيقي لهذا الموقف . بجانب ذلك على الإنسان أن يدرك أن احتمال الخطأ قائم ، واحتمالية

* سيبقى المؤلف على مصطلح مريض إذا ورد في المرجع الذي تم الاقتباس منه ، مع ضرورة الانتباه إلى الفرق بين مصطلح مسترشد الذي يستخدم في الإرشاد النفسي ومصطلح مريض الذي يستخدم في العلاج النفسي .

الخطأ لا تحل الإنسان من ضرورة المحاولة واحتمالية أن يخطأ ضميري تتضمن احتمالية أن يصيب ضمير شخص آخر وهذا يستلزم تواضعاً وتسامحاً ، وكوني متسامحاً لا يعني أن أشارك شخصاً آخر في اعتقاده وإنما يعني أني أعترف بحق الآخر في الاعتقاد ، (فرانكل ، ترجمة إيمان فوزى ، 1998 ، د ، 77 ، 82) .

المعالج بالمعنى لا يفرض قيمة أو وجهة نظره على المريض بل يترك المريض يرجع إلى ضميره الخاص ، كما أنه مطالب بأن يلفت نظر مريضه بأن هناك معنى يجب تحقيقه دون أن يقدم له معان جاهزة . والإنسان يمكن أن يجد معنى من خلال اكتشاف معاني الخير والجمال والحب أو من خلال عمل ابتكاري يستفيد منه الآخرون .

استراتيجية العلاج القائم على المعنى :

تقوم استراتيجية العلاج القائم على المعنى لدى "فرانكل" على فنيتين رئيسيتين هما : المقصد المتناقض ظاهريا وإيقاف الإمعان الفكري . ونشير إلى طبيعة كل فنية والهدف منها كالتالي :

1- فنية المقصد المتناقض ظاهريا : Paradoxical Intention

يقصد بالمقصد المتناقض ظاهريا قصد عمل الشيء الذي سبب الخوف ولو لفترة مؤقتة حتى يتم كسر الحلقة المفرغة للقلق " فالمريض يلقى التشجيع حتى يفعل أو يرغب في أن تحدث الأشياء التي يخافها ، ولكي نفهم الفعالية العلاجية لهذه الفنية ، فإننا يلزم أن نتدبر الظاهرة المسماة بـ " قلق التوقع " أو القلق التوقعي Anticlpatory Anxiety بمعنى أن المريض يستجيب لحدث ما بتوقع كله خوف من حدوثه . ومع ذلك فإن الخوف يجعل الشيء الذي نخافه يحدث ، وكذا الحال بالنسبة لقلق التوقع . وهكذا تنشأ حلقة مفرغة Avicious Circle ، فالعرض يستنهض فوبيا والفوبيا تحرك (تستفز) العرض . وتكرار حدوث العرض يعزز

الفوبيا عن طريق التغذية الراجعة ويكون العلاج في هذه الحالة بتفكيك هذه الحلقة المفرغة (محمد الطيب ، 1981 ، 305 – 306) .

ومن الأمثلة التي توضح طريقة استخدام فنية المقصد العكسي " تقرير حالة" ، حيث حضر كاتب حسابات إلى عيادة " فرانكل " وكان يعاني من حالة يأس بل إنه أوشك على الانتحار حيث كان يعاني من ظاهرة مرضية تعرف بـ "عقال الكاتب " Writer's Cramp وهو تشنج مؤلم في عضلات اليد والأصابع ينتج من مقاومة لا شعورية ذات علاقة بالإفراط في الكتابة ، وعند العلاج أوصاه مساعد فرانكل بأن يفعل عكس ما كان يفعله أي الكتابة بخط سيء وغير واضح بدلاً من الخط الجيد والواضح ثم يقول لنفسه " الآن سوف أظهر للناس أنني كاتب جيد ولكن رديء الخط " وفي اللحظة التي حاول فيها عامداً أن يكتب بغير عناية ، كان عاجزاً عن أن يفعل ذلك . وفي خلال (48) ساعة تخلص المريض من مرضه وأصبح سعيداً وقادراً على العمل (فرانكل ، ترجمة طلعت منصور ، 1982 ، 164 – 165) .

في بعض الحالات تكون طريقة سخرية الشخص من طريقة تفكيره أو من أخطائه خطوة هامة للتغلب على القلق ، ولذلك يفضل استخدام الفكاهة (الضحك) مع فنية المقصد العكسي ومن الأمثلة على ذلك :

(أ) طالبة كانت تخشى أن ترتعش عندما يدخل عليها أستاذ التشريح . هذا الخوف كان يسبب لها رعشة بالفعل . بدأ " فرانكل " يعلمها أن تقول لنفسها هذا هو الأستاذ وسوف أريه كيف ترتعش يدي ، وكانت النتيجة أنها لم تعد ترتعش .

(ب) طالب اعتذر لأستاذه لوصوله متأخراً وقال له إن الشوارع متجمدة وكلما خطيت خطوة إلى الأمام انزلقت خطوتين إلى الوراء ، عندها رد عليه أستاذه، بقوله " أنت تكذب " فلو كنت صادقاً لما نجحت في الوصول إلى المدرسة

وعندها رد عليه الطالب ولما لا ؟ فكل ما فعلته أنني استدرت إلى الوراء وجعلت وجهي تجاه منزلي .

من المثالين السابقين نجد قلب المقصد الأصلي في شكل فكاهة ، حتى يمكن للإنسان وضع مسافة بينه وبين أي شيء يمكن مواجهته .

يفضل عند استخدام فنية المقصد المتناقض ظاهرياً أن يسبقها الإقناع حتى تعطي نتائج أفضل .

2- فنية إيقاف الإمعان الفكري Dereflection :

تهدف فنية إيقاف الإمعان الفكري إلى مناهضة الإفراط في التفكير بإيقافه ، وعندما نستخدم هذه الفنية يكون لدينا ثقة في الإنسان المريض بقدرته على تجاوز ذاته وتحول انتباهه من التركيز على نفسه إلى التركيز على شيء آخر أو إنسان آخر ومنع نفسه من فعل شيء سيئ وبذلك يتم كسر الحلقة المفرغة بين المريض وانتباهه المفرط لنفسه .

من المجالات التطبيقية لهذه الفنية مجال العلاقات الجنسية . في حالات خاصة مثل " سرعة القذف " حيث يتم تحويل التركيز والانشغال بهزة الجماع إلى التركيز على الشريك ، أو بمعنى آخر يتم تحويل ملاحظة أدائه وسلوكه إلى ملاحظة الشريك ومشاركته وجدانياً .

بالإضافة إلى الفنيتين الرئيسيتين المقصد المتناقض ظاهرياً وإيقاف الإمعان الفكري توجد فنيات أخرى يمكن استخدامها ومن أمثلة هذه الفنيات : الاستبصار الوجودي وتحسين الاتجاهات وزيادة الوعي والقصص الرمزية والمسرحيات النفسية والحوار السقراطي ، وسوف نشير إلى هذه الفنيات في الجزء التطبيقي (راجع الفصل السابع) .

ثالثاً : الطرق القائمة على نظرية الإرشاد المتمركز حول المسترشد (كارل روجرز Carl, R. Rogers) :

الإرشاد * المتمركز حول المسترشد Counsele-Centered therapy لدى " كارل روجرز " من الطرق الإرشادية التي تركز على المسترشد وعلى العلاقة الإرشادية وقد عرفت هذه الطريقة في بدايتها بالإرشاد غير المباشر Nondirective ثم عرفت بالإرشاد المتمركز حول العميل Client Centered therapy ثم عرفت بالإرشاد المتمركز حول الشخص Person centered therapy كما عرفت أيضاً هذه الطريقة بالإرشاد باستخدام العلاقة الإرشادية Relationship counseling وعرفت أيضاً بالإرشاد الفردي Individual counseling ، وأخيراً تسمى هذه الطريقة الآن بالإرشاد المتمركز حول المسترشد .

تنتمي نظرية " روجرز " إلى المدرسة الظاهراتية Phenomenological ** والتي تقوم على أن الإنسان مفطور على الخير ، وأن الطفل حين يولد تكون لديه حاجة وحيدة هي تحقيق الذات ، وفي البداية تكون الذات هي الكيان العضوي ويكون تحقيق الذات من خلال الحاجات البيولوجية ، ثم تنمو الذات وتنمو حاجتان فرعيتان هما الحاجة إلى التقدير الإيجابي من جانب الذات والحاجة إلى التعزيز الإيجابي من جانب الآخرين ومعهما تنمو ما عرفه " روجرز " بشروط الأهمية وهي الشروط التي يضعها الأشخاص ذوو الأهمية في حياة الطفل لتقديم التقدير الإيجابي له ، فالتقدير الذي يحصل عليه الطفل من الآخرين هو

* " كارل روجرز " من علماء الإرشاد النفسي الذين لا يهتمون بالفروق بين الإرشاد النفسي والعلاج النفسي ، ولذلك يستخدم مصطلح therapy ليعني به الإرشاد والعلاج . وقد استخدم المؤلف مصطلح counseling بدلاً من therapy لأنه يرى بوجود فروق بينهما .

** الظاهرية هو ما يظهر بوضوح ، والمجال الظاهري عند " روجرز " هو الواقع المحيط بالشخص والذي يدركه بطريقته الخاصة .

تقدير مشروط يجعله يقبل بعض الخبرات ويضمها إلى ذاته ويرفض بعض الخبرات أو ينكرها أو يشوشها ويقابلها بحيل دافعية نتيجة عدم استيفائها لشروط الأهمية ؛ معنى ذلك أن الاستجابة للخبرات الذاتية تتم بطريقة انتقائية ، وبهذه الطريقة يتم الإبقاء على بعض الخبرات وحذف البعض الآخر . ويأتي الإدراك الانتقائي من عدم التطابق بين الذات والخبرة ، ومن هنا ينشأ عدم الانسجام المتمثل في القلق والدفاعات (محمد الشناوى ، 1996 ، 379) .

1- شرح بعض المفاهيم :

نعرض لبعض المفاهيم التي تعين على فهم طريقة "روجرز" (باترسون ، ترجمة حامد الفقي 1990، (ب) ، 387-403) .

ا) تحقيق الذات Self – Actualization :

الرغبة أو الاستعداد لتحقيق الذات هو استعداد وراثي لدى الكائن الحي لتنمية طاقاته بالطرق التي تضمن بقاءه أو حفظ ذاته وتحسينها أما الاتجاه نحو تحقيق الذات فهو التعبير عن الاستعداد العام لتحقيق الذات في ذلك الجزء من خبرة الكائن الذي أصبح رمزا للذات .

ب- الخبرة Experience :

الخبرة كل ما يدور أو يحدث للكائن الحي في وقت معين سواء أكان الكائن عارفا أو لديه إمكانية معرفته . وكلمة أن تخبر To Experience هو أن تستقبل التأثير الحسي Sensory للأحداث في لحظة حدوثها . والانفتاحية للخبرة Openness to Experience هو غياب الخطر أو التهديد عكس الدفاعية وأن الشخص يدرك كل ما يحتاجه ، والخبرة الذاتية Self Experience أي حدث أو كيان في الحقل الظاهراتي يميزه الشخص على أنه ذاتي أو مرتبط بالذات . وخبرة الخطر The Experience of Threat هي خبرة لا تتفق مع بنية الذات وتدرك

كمهددة ،وأي خبرة لا ترمز في الوعي فإنها تؤدي إلى التناقض والقلق ، وعندما يحاول الشخص عن طريق الدفاعات جعل هذه الخبرة متفقة مع الذات فإن نتائج الدفاعية تؤدي إلى الجمود الفكري وعدم دقة إدراك الواقع .

جـ الذات Self :

يعرف روجرز المفاهيم الثلاثة : الذات Self ، مفهوم الذات Self-Concept، وبنية الذات Self-Structure بأنها مجموعة التصورات لخصائص الذات ولعلاقتها مع الآخرين ولمظاهر الحياة المختلفة المرتبطة بالادراكات . وعندما يتكون اتجاه إيجابي نحو الذات ولا يعتمد على اتجاه الآخرين يُعرف هذا بتقدير الذات الإيجابي Positive Self-Regard ، وعندما يتم إدراك بعض الخبرة الذاتية لشخص آخر والتي تحدث اختلافا إيجابيا في الحقل الخبري للشخص وتؤدي إلى الدفء والحب والتفهم العاطفي فيعرف هذا بالاحترام (التقدير) الإيجابي Positive Regard ، ولذلك فحالة الانفتاح للخبرة تتحقق عندما يكون لدى الشخص تقدير (أو اعتبار) إيجابي للآخرين ويلقى هو هذا التقدير من الآخرين ولديه تقدير إيجابي للذات .

د- الشخص ذو الفعالية الكاملة : The Fully Functioning Person :

توجد ثلاث خصائص أو مظاهر للشخص المكتمل الفعالية (وهي تكون في تنظيم واحد متكامل) وهي كالآتي :

أ) لديه انفتاح للخبرة .

ب) لديه نموذج وجودي للحياة بمعنى أن لديه جدة لكل لحظة من لحظات الحياة .

جـ) يفعل ما يشعر أنه الصواب .

من خلال تصور خصائص الشخص ذو الفعالية الكاملة أمكن تكوين تصور آخر متوقع أن يصف سلوك الشخص مكتمل الفعالية وهو كالآتي :

1. الشخص ذو الفعالية الكاملة شخص مبتكر .
2. الشخص ذو الفعالية الكاملة شخص موثوق به أو أهل للثقة .
3. الشخص ذو الفعالية الكاملة شخص يمكن الاعتماد عليه ولكن لا يمكن التنبؤ به .
4. الشخص المكتمل الفعالية شخص حر وليس محدداً أو مجبراً .

2) العلاقة الإرشادية :

نظرا لأن الاهتمام الأول " هو المسترشد "فإن أدوار المرشد النفسي يجب أن توجه لصالح المسترشد ولذلك يجب عمل اتصال Contact مع المسترشد ، وأن يكون واعيا ومتسقاً مع نفسه حتى يقنع المسترشد ويستطيع نقل خبراته إليه . وأن يحاول فهم المسترشد وفهم الإطار المرجعي له وأن يكون اتجاهه نحو المسترشد هو اتجاه الاحترام والتقدير وحقه (أي المسترشد) في توجيه ذاته وتقدير مصيره وعندما يتعاطف مع المسترشد يكون هذا التعاطف غير مشروط .

إن العلاقة الإرشادية التي يقدمها المرشد من أجل المسترشد ليست علاقة عقلية فالمرشد لا يستطيع مساعدة المسترشد عن طريق عملياته المعرفية أو سلوكه المعرفي .ولكن المهم أن يتصف المرشد بالخصائص التي تفيد عملية الإرشاد مع ملاحظة أن كل هذه الخصائص قد لا توجد بالدرجة نفسها لدى كل المسترشدين ولذا فهي توصف بأنها خصائص مرغوبة والخصائص هي (باترسون ، ترجمة حامد الفقي ، 1990، 411-412) :

أ- التقبل Acceptance :

يجب أن يتقبل المرشد النفسي المسترشد كما هو عليه بكل صراعاته وتناقضاته وإيجابياته وسلبياته ، هذا التقبل لا يتضمن تقويما له أو حكما عليه أو له لا بالسلب أو الإيجاب، فهو تقبل غير مشروط . فالمرشد يظهر الاعتبار الإيجابي غير المشروط للمسترشد.

ب- التطابق Congruence :

يتصف المرشد النفسي المثالي بالتطابق في العلاقة الإرشادية فهو متوحد متكامل متلائم لا تناقض بين ما هو عليه وبين ما يقوله ، فهو واقعي ومخلص وليس ممثلا أو لاعبا دور المرشد .

جـ- الفهم Understanding :

يعني الفهم أن المرشد يمر بخبرة الفهم الدقيق المتعاطف لعالم المسترشد ، ومن خلال هذا الفهم يمكن مساعدة المسترشد على تحقيق التقدم نحو استكشاف ذاته بحرية في ظل علاقة إرشادية غير مهددة .

أهمية إدراك المسترشد لخصائص العلاقة الإرشادية :

من المهم أن يوصل المرشد النفسي إلى المسترشد الإدراك والخبرة بخصائص التقبل والتطابق والفهم ، أما الطرق التي ينقل بها الإدراك والخبرة هي أساليب وتقنيات الإرشاد بالمعنى الضيق ، وهي قد تكون لفظية أو غير لفظية . مع الوضع في الاعتبار أن الإرشاد المتمركز حول المسترشد في مراحله الأولى كان يؤكد على التكنيكات أما الآن فإنه يؤكد على المرشد واتجاهاته أكثر من التكنيكات وعلى العلاقة الإرشادية أكثر مما يقوله و يفعله المرشد النفسي .

3) العملية الإرشادية :

نشير في هذا الجزء إلى الموضوعات التي تعين على فهم حالة المسترشد الذي نتعامل معه في الإرشاد المتمركز حول المسترشد ، والمطلوب تحقيقه أثناء عملية الإرشاد والنتائج المتوقعة وأخيرا مراحل عملية الإرشاد النفسي وذلك على النحو الآتي : (باترسون ، ترجمة حامد الفقي ، 1990 ، (ب) ،397-398 ، 410-407) .

ا- وصف حالة المسترشد :

المسترشد الذي يعاني من سوء توافق نفسي ويحتاج إلى خدمات إرشادية يتصف بالآتي :

1- يدرك أنه في حالة عدم تطابق بين ذاته الواقعية وذاته المثالية .

2- يدرك أنه في حالة عدم تطابق مع خبراته .

3- يوجد تناقض في سلوكياته .

4- لديه تشويه معرفي أو إنكار معرفي .

5- يشعر بعدم اعتبار الذات أو افتقاد اعتبار الآخرين له .

6- يشعر بخطر وتهديد وقلق شديد .

7- يُظهر دفاعات كثيرة ولذلك لديه معوقات عن العمل والنجاح .

ب- المطلوب تحقيقه أثناء عملية الإرشاد النفسي :

1- إتاحة الفرصة للمسترشد للتنفيس عن مشاعره من خلال القنوات اللفظية أو الحرية .

2- الربط بين انفعالاته وحالة عدم التطابق بين خبراته ومفهومه عن ذاته حتى يزداد تمييزه وتحديده لموضوع انفعالاته وادراكاته .

3- مساعدته على التقدم نحو إدراك التهديد الذي يشكله عدم التطابق .

4- مساعدته على التقدم نحو إدراك الانفعالات التي كانت تتعرض إلى الإنكار أو التشويه في الماضي .

5- يعاد تنظيم مفهومه عن ذاته ، وتتضمن للخبرات التي أنكرت أو شوهت من قبل؛ حتى يتم التطابق وتقل الدفاعات .

جـ- النتائج المتوقعة في سلوك المسترشد وشخصيته :

1- يصبح أكثر تطابقاً وأكثر انفتاحاً على خبراته وأقل دفاعية .

2- يصبح أكثر واقعية ويصبح إدراكه أكثر اعتماداً على الحقائق العلمية منه على المفاهيم النظرية المجردة .

3- يصبح أكثر فاعلية في مواجهة المشكلات وحلها ونتيجة للممارسات (1 ، 2 ، 3) يصبح سلوكه أكثر ابتكارية .

4- يزداد التطابق بين الذات والخبرة وتقل الحساسية إلى التهديد ويقل القلق ونتيجة للممارسات (3، 4) تصبح ذاته أكثر تطابقاً مع ذاته المثالية ، كما أن القلق بجميع أنواعه يقل .

5- يتحسن توافقه النفسي ويكاد يصل إلى حده الأعلى .

6- يزداد الاعتبار الإيجابي للذات .

7- يخبر الشعور بزيادة التقبل من الآخرين .

8- يتغير سلوكه بطرق متنوعة كما يلي :

الأولى : نسبة السلوك الذي يخص الذات تزداد .

الثانية : نسبة السلوك الذي يشعر بأنه لا يخصه تقل .

الثالثة : ومن ثم يدرك سلوكه على أنه تحت ضبطه بصورة أكبر .

جـ- مراحل عملية الإرشاد النفسي :

تم وضع متصل مكون من سبع مراحل يمكن من خلاله وصف عملية الإرشاد النفسي، وهذه المراحل ليست جامدة ولكنها في حركة وتقدم ، وتوصف المراحل السبع على النحو التالي : (باترسون ، ترجمة حامد الفقي ، 1990 ، (ب)، 407 ، 410)

المرحلة الأولى : (تسهيل المشاعر) :

في هذه المرحلة قد لا يأتي الأشخاص إلى الإرشاد طوعاً ، ولا توجد رغبة في التواصل وإذا تم فإنه يدور حول الأشياء الخارجية ولا يوجه الاهتمام إلى

المشاعر والأغراض الشخصية . ولكن يمكن في هذه المرحلة تقديم ظروف محببة لتسهيل المشاعر والتغيير .

المرحلة الثانية : (تغيير أسلوب الخبرة) :

في هذه المرحلة يأتي المسترشد إلى الإرشاد النفسي تطوعاً ولكن لا يتم تحقيق تقدم ، ففي هذه المرحلة قد نشهد انطلاقة في التنفيس أو التغيير ولكنها انطلاقة في موضوعات لا تمس الذات . وقد تبدو المشكلات كما لو كانت أشياء خارجية بعيدة عن الذات . ويوجد تمييز قليل بين الأغراض الشخصية وقليل من الاهتمام بالتناقضات . ومع ذلك ففي هذه المرحلة يتقدم المسترشد نحو تقبل بعض المسئولية الشخصية ، وقد تبدأ المشاعر في الظهور .

المرحلة الثالثة : (الانتقال من عدم التطابق إلى التطابق) :

الكثير من المسترشدين يبدأون العلاج في هذه المرحلة ، وفيها يزداد الأمر سهولة والتعبيرات عن الذات تزداد تحرراً ويتم التعبير عن المشاعر بدرجة من التقبل ويبدأ التمييز بين المشاعر كما يوجد اعتبار للتناقضات في الخبرة .

المرحلة الرابعة : (تغيير أسلوب التواصل ذاتياً في جو تقبلي) :

في هذه المرحلة توجد بداية للعلاقة مع المرشد على أساس المشاعر ، ولذلك فالتقبل والفهم والاهتمام من قبل المرشد يساعد المسترشد على التقدم أكثر نحو التعبير عن بعض المشاعر والخبرات الحاضرة (ولكن مع تردد وخوف) ويبدو بعض السهولة في طريقة تناول الخبرة وترجمتها ، كما يزداد الاهتمام بالتناقضات ويحدث الشعور بالمسئولية عن المشكلات .

المرحلة الخامسة : (تسهيل رسم الخرائط المعرفية للخبرة) :

في هذه المرحلة يقترب المسترشد من كيانه كتنظيم تتدفق إحساساته ومشاعره وتتمايز خبراته ، حيث يتم التعبير بحرية أكثر عن مشاعره وإحساساته الحالية أو الحاضرة (ولكن مازال في دهشة وخوف) والتعبير هنا قريب جداً من

المعاناة الحقيقية للخبرة ، ومشاعر الذات تزداد خصوصيتها مع زيادة في مواجهة التناقضات كما أن المسئولية عن المشكلات تصبح مقبولة بدرجة أكبر .

المرحلة السادسة : (تغيير علاقة المسترشد مع مشكلاته) :

في هذه المرحلة نجد المسترشد يعيش الخبرة وليس فقط يشعر بها ويحدث التطابق ويتم حل المشكلة ، وتبدأ العلامات الفسيولوجية الدالة على الراحة ، ويتحسن أداء الأعصاب.

المرحلة السابعة : (تغيير أسلوب المسترشد في الربط أو إقامة العلاقات السببية المنطقية)

قد تتم هذه المرحلة خارج جلسة العلاج ثم يقدم المسترشد تقريراً عنها في الجلسة العلاجية ؟ والحالة الجديدة التي أصبح عليها المسترشد كإطار مرجعي في معرفة من هو ؟ وما اتجاهاته ؟ وما مشاعره الجديدة ؟ هنا يحدث حالة الانفتاح على الخبرة ويصبح كل شيء متحرراً . ويتم ممارسة الخبرة بشكل تلقائي مع ظهور مظاهرها العملية . ويتم إدراك الذات كشيء يتم الشعور به والثقة فيه وهي موضوع الإدراك المنعكس للخبرة .

رابعاً : الطرق القائمة على النظرية السلوكية :

تتضمن النظرية السلوكية توجهات نظرية مختلفة مثل الاشتراط الكلاسيكي والاشتراط الإجرائي والتعلم الاجتماعي ، وسوف نعرض في هذا الجزء للاشتراط الكلاسيكي والاشتراط الإجرائي فقط .

الطرق القائمة على الاشتراط الكلاسيكى :

ترجع جذور الاشتراط الكلاسيكى إلى عالم النفس" بافلوف" فى روسيا وإلى عالم النفس " واطسون" فى أمريكا. وتتم عملية التعلم فى ضوء هذا الاتجاه

عن طريق الارتباط بين المثير (م) والاستجابة (س) باعتبار أن سلوك الشخص عبارة عن روابط بين (م) و (س).

كيفية تعلم الاستجابة :

نظراً لأن الإنسان يتعرض فى حياته اليومية إلى أحداث لها دلالة فى حياته وتسبب له الاضطراب أو يترتب عليها ردود أفعال ، فالأحداث هنا تسمى (مثيرات طبيعية) و ردود الأفعال لها تسمى (استجابات طبيعية) وهذا هو الأمر الطبيعى ولكن قد يحدث أن يقترن حدث ما أو شيء ما مع الحدث الطبيعى ولكن هذا الحدث قبل حالة الاقتران هذه لم يكن له دلالة عند الشخص بدليل أنه لم يوجد له ردود أفعال من قبل ولكن نتيجة اقترانه مع الحدث الأصلى وتكرار ذلك عدة مرات فإنه يأخذ صفات الحدث الأصلى وفى هذه الحالة نسميه مثير شرطى (م ش) وتسمى استجابته استجابة شرطية (س ش)، ومعنى " شرطى" هنا أنه لكى يؤدى إلى استجابة يشترط اقترانه مع المثير الطبيعى أولاً.

الشكل العام لخطوات تعلم سلوك جديد كالتالي :

1- م ش ⇦ لا توجد استجابة.

2- م ط ⇦ توجد استجابة (س ط).

3- حالة اقتران ⇦ { م ط ، م ش } توجد استجابة (س ط)

4- م ش ⇦ توجد استجابة (س ش)

من خلال خطوات تعلم السلوك الجديد يتبين لنا أن استجابة " س ش" هى استجابة متعلمة بدليل أنها لم تكن موجودة فى الخطوة الأولى، وهذه الاستجابة طالما أنها متعلمة فيمكن تعديلها عن طريق إضعاف الرابطة بين (م- س) .

مثال على تعلم استجابة الخوف من الظلام:

1- الظلام (م ش): لا توجد استجابة .

2- سماع نباح الكلب (م ط): استجابة الخوف (س ط)
3- اقتران سماع نباح الكلب (م ط) مع وجود الكلب فى الظلام (م ش) } م ط / م ش
4- الظلام (م ش): استجابة الخوف من الظلام (س ش)

هدف العلاج فى هذه الحالة تعديل استجابة الخوف من الظلام :

أهم الطرق الإرشادية القائمة على الاشتراط الكلاسيكى:

1- التخلص المنظم من الحساسية.
2- التدريب على السلوك التوكيدى.

وسوف نشير إلى كل طريقة كالآتي :

1- التخلص المنظم من الحساسية Systematic Desensitization

التخلص المنظم من الحساسية طريقة إرشادية سلوكية، وتعرف هذه الطريقة بأسماء أخرى مثل الاشتراط المضاد counter conditioning أو المصطلح الذى استخدمه " جوزيف ولب" وهو الكف المتبادل أو الكف بالنقيض Reciprocal inhibition وهو موضوع كتاب" ولب" فى عام 1958 الذى يعرض فيه جهوده فى علاج (200) حالة تعانى من الخوف والقلق. وتقوم فكرة "جوزيف ولب" على أساس أن أنواع القلق الإنسانى يمكن خفضه عن طريق الكف المعاكس (أو المتبادل) ، والكف المعاكس هو إلغاء أو إبطال أو إضعاف للاستجابة القديمة بواسطة استجابة جديدة مناقضة للقلق ، مثل: الطعام، الاسترخاء ، الضحك، الغضب (بالتلفظ أو القوة العضلية) ، التخيل الذى يثير مشاعر إيجابية مثل: الفخر وتأكيد الذات والمرح .

ونتيجة للشعور بالراحة الذى يصاحب النجاح بعد مواجهة المثير والذى يمكن استدعاؤه أو توقعه مما يجعل المسترشد يقدم عليه فى المرة التالية؛ نتيجة لذلك ذهب البعض إلى أن هذه الطريقة نموذج مختلط بين الاشتراط الكلاسيكى والاشتراط الإجرائى.

يتم استخدام طريقة التخلص المنظم من الحساسية من خلال ثلاث خطوات هى: التدريب على الاسترخاء ، إعداد مدرج للقلق ، مرحلة العمل (عملية التخلص المنظم من الحساسية) (محمد الشناوى ، 1996 ، 349-354) ونشير إلى كل خطوة كالتالى:

أ- التدريب على الاسترخاء :

يتم هذا التدريب فى غرفة هادئة ذات إضاءة خافتة، وتشتمل الغرفة على أريكة حتى يمكن الاسترخاء عليها أو يكون البديل لها كرسى كبير ومريح . يطلب من المسترشد الاسترخاء ثم يغمض عينيه ويبدأ المرشد بإعطاء التعليمات عليه مثل" سوف أقوم بتدريبك الآن ، شد بعض عضلات جسمك ثم ارخها، استمر فى ذلك، هل تتابعنى؟ "

قيمة الاسترخاء Value of Relaxation :

عند استرخاء العضلة المشدودة يندفع الدم بسهولة ويقل الضغط على الأوعية الدموية ويقل النبض (حوالي 5 ضربات) ، كما يتم الاحتفاظ بالطاقة ويقل الإجهاد . وعندما توجد مثيرات خارجية مثل الموسيقى فإن الشخص يمكنه تكوين صور عقلية إيجابية تتلاءم مع حالة الاسترخاء والراحة .

إجراءات مطلوبة :

(1) يفضل أن يقوم المرشد النفسى فى الجلسة الأولى بعمل استرخاء أمام المسترشد حتى يتعلم منه المسترشد (التعلم بالنموذج) كيفية الاسترخاء.

(2) يمكن تسجيل خطوات الاسترخاء على شريط كاسيت لكى يستخدمه المسترشد فى المنزل ويتدرب بنفسه على الاسترخاء.

(3) يستخدم المرشد النفسى عبارات مشجعة ومساعدة على الاسترخاء مثل: خذ نفسك بشكل طبيعي احتفظ بعضلاتك مسترخية ".

(4) فى بعض الحالات يجد المسترشد صعوبة فى الاسترخاء أو قد يستغرق فترة قصيرة أو يسترخى دون إقفال عينيه، والبعض الآخر لا يستطيع الاسترخاء فى وجود الآخرين، فى مثل هذه الحالات وغيرها يحاول المرشد النفسى تهيئة البيئة المناسبة للاسترخاء ويشجع المسترشد على الاسترخاء ، وعن طريق القيام بالاسترخاء فى المنزل يمكن التقليل من هذه المعوقات .

(5) عدد جلسات الاسترخاء تتراوح ما بين (2-3) جلسات وفى بعض الأحيان تصل إلى ما بين (5-7).

(6) يستغرق التدريب كله حوالى (30) دقيقة وتستغرق كل خطوة فى التدريب الواحد (10) ثوان يتخللها فترة راحة ما بين (10-15) ثانية بين كل خطوة والخطوة التالية لها.

ب- إعداد مدرج القلق:

يتم إعداد مدرج القلق من خلال اتباع الخطوتين التاليتين:

الخطوة الأولى: تحديد المثيرات المولدة للقلق، وقد يتم هذا التحديد فى ضوء المكان (أى الأماكن التى تظهر فيها المشكلة) أو فى ضوء الزمان (أى الأزمنة التى تظهر فيها المشكلة) وقد يتم هذا التحديد فى ضوء طبيعة المثيرات هل تركز على الشخص نفسه أم تركز على الآخرين، مع ملاحظة أن اختيار موضوعات تمثل مثيرات والقدرة على إدراك العناصر المشتركة بينها يعتبر من المهارات التى يجب أن يتدرب عليها المرشد النفسى.

الخطوة الثانية: يتم ترتيب المثيرات المولدة للقلق تبعاً لشدتها فى إثارة القلق ثم يتم وضع المثيرات التى تولد أقصى درجة من القلق فى قمة المدرج والتى تولد أقل درجة من القلق فى قاعدة المدرج. ويتم هذا الترتيب وفقاً لقياسات فيزيولوجية أو تقديرات شخصية للمسترشد نفسه عن كمية القلق التي يعايشها في الموقف الطبيعي، ويستخدم في التقدير الشخصي مقياس متدرج يعبر عن وحدات القلق ومن أمثلة

مقياس يبدأ بـ صفر وينتهي بـ 100 بشرط ألا تزيد الفروق بين الفقرات المتتابعة عن مدى من (5-10) وحدات .

بعد ترتيب المثيرات يفضل تسجيلها على بطاقات ويسجل عليها البيانات كما فى جدول (1)

جدول (1)
نموذج بطاقة تسجيل المشاهد (المثيرات)

المثير	ترتيب العرض	طريقة العرض	زمن العرض	عدد مرات العرض	ملاحظات إضافية

جـ- مرحلة العمل (إجراءات التخلص المنظم من الحساسية):

بعد أن يتم تدريب المسترشد على الاسترخاء وإعداد مدرج القلق تبدأ عملية التخلص المنظم من الحساسية والتى قد تتم بأكثر من طريقة كالتالى (محمد سعفان، 2001 "ب" 201-211).

(1) التعرض من حيث مكان المواجهة :

يوجد نوعان من المواجهة وهما :

الأول: التعرض الميدانى In vivo :

يتم التعرض الميدانى (فى الواقع الملموس) للمثيرات، وكلما اشتدت نزعات تجنب القلق ومع ذلك صمد المسترشد للموقف ولم يهرب أمكن إطفاء القلق (وفى مجال إرشاد الأطفال ننصح باستخدام هذه الفنية عند تطور إدراك الطفل وفهم دلالات الموقف)، وقد تتم هذه الطريقة بدون الاسترخاء ولذلك يكون البديل

لاستجابة الاسترخاء شعور المسترشد بالأمن والاطمئنان فى وجود المرشد النفسى (العلاقة الإنسانية الإرشادية) كاستجابة مضادة للقلق.

الثانى : التعرض التخيلى Imaginal :

بدلا من التعرض الميدانى يتم تصور الموقف التخيلى والإبقاء عليه وإضعاف القلق منه " وتبدأ الجلسة بأن يطلب من المسترشد الاسترخاء وعندما يصل إلى حالة الاسترخاء التام ويشعر بالراحة يشير بأصبع السبابة اليمين ،هنا يطلب منه المرشد النفسى أن يتخيل مشهداً من المواقف التى تم تحديدها فى مدرج القلق ويكون هذا المشهد فى العادة هو أقل المواقف إثارة للقلق، ويبدأ المرشد فى التدخل فيقول مثلاً " تخيل المشهد كما لو كنت تعيشه فعلاً" ثم ينتقل إلى مشهد آخر وهكذا حتى يشير المسترشد إلى أنه وصل إلى حالة التوتر، ويمكن تكرار المشهد الواحد أكثر من مرة . وتستغرق المدة الواحدة (10) ثوان . وفى العادة تعرض المشاهد فى شكل تصاعدى وتشتمل الجلسة الواحدة بين (3-4) مشاهد (محمد الشناوى ، 1996، 353-354) .

(2) التعرض من حيث طريقة المواجهة :

يوجد طريقتان للمواجهة عندما يتم التعرض سواء كان التعرض ميدانياً أو تخيلياً وهما :

الطريقة الأولى : التعرض للمثير دفعة واحدة وبدون تدرج ، وفى هذه الحالة لا يتم عمل مدرج القلق :

وتوجد شروط لتطبيق هذه الطريقة أهمها :

1- اقتناع المسترشد بهذه الطريقة.
2- أن تكون طبيعة المثير تسمح بذلك ولا يترتب عليه أخطار للمسترشد.
3- ألا يعانى المسترشد من الأمراض التى تؤدى إلى أزمات شديدة عند المواجهة مثل أمراض الربو والذبحة الصدرية.

4- فى مجال إرشاد الأطفال لا ننصح باستخدام هذه الطريقة إلا إذا تأكدنا من عدم تعرض الطفل إلى أزمات او صدمات.

الطريقة الثانية : التعرض المتدرج للمثير، والتدرج هنا يتم على حالتين:

الحالة الأولى: مثل الاقتراب من المثير (5) أمتار ثم (3) أمتار ثم متراً واحداً ثم لمس المثير.

الحالة الثانية: يتم تعرض المسترشد على مراحل حسب شدة المثير فيبدأ بالمثير الأقل إثارة للقلق ثم الأكثر إثارة للقلق وهكذا حتى نصل إلى المثير الذى له أكبر إثارة للقلق. وقد أشرنا إلى هذه الطريقة عند الحديث عن مدرج القلق.

2- التدريب على السلوك التوكيدى Assertive Behavior

يعتبر " جوزيف ولب" المؤسس الأول لطريقة التدريب على السلوك التوكيدى، وإن كانت الأسس العامة لهذا التدريب قد أوردها أندرو سالتر Salter ضمن كتاباته عن العلاج بالفعل المنعكس (1948) أى قبل بدء المرحلة النشطة للعلاج السلوكى والتي بدأت مع كتابات " ولب " عن طريق الكف بالنقيض (1958) بعشر سنوات، ولكى نتعرف على هذه الطريقة نشير إلى الموضوعات الآتية (محمد الشناوى، 1996، 355-364).

أ- تعريف فنية السلوك التوكيدى :

فنية السلوك التوكيدي طريقة علاجية تهدف إلى زيادة قدرة الشخص على القيام بسلوك ما يعبر من خلاله عن مشاعره السلبية مثل الغضب والضيق وكذلك عن مشاعره الإيجابية مثل الفرح والحب والامتداح. ومن خلال هذا السلوك يحقق المسترشد ميزات اجتماعية هامة ويشعر بالراحة والرضا عن الحياة ولهذه الأسباب يعتبر السلوك التوكيدى استجابة مضادة للقلق.

ب- خصائص السلوك التوكيدى:

1- السلوك التوكيدى سلوك يتصل بالعلاقات الشخصية.

2- السلوك التوكيدى سلوك ملائم من الناحية الاجتماعية.

3- عندما يسلك الشخص بطريقة توكيدية فإنه يأخذ فى اعتباره مشاعر وحقوق الآخرين.

ج- خصائص الشخص المؤكد لذاته :

1- يشعر بالحرية لأنه يعبر عن نفسه بالكلمات والتصرفات.

2- يمكنه الاتصال بالآخرين بطريقة صريحة ومباشرة.

3- له توجه نشط فى الحياة ، لأنه يمضى نحو أهدافه ويجعل الأشياء تحدث.

4- يسعى دائما للمحاولة الجيدة التى تجعله يُبقى على احترامه لذاته سواء كسب أو خسر.

د- أنواع التدريبات على السلوك التوكيدى :

تشمل الطريقة التى وضعها أندرو سالتر Salter على ستة أنواع رئيسية من التدريبات وهى :

1- **التحدث عن المشاعر:** (بالتعبير اللفظى) مثل: أنا أقدر هذا الشخص .

2- **استخدام تعبيرات الوجه:** يتم التعبير عن الانفعالات بالوجه مثل انفعال الفرح .

3- **التعبير عن الرأى الشخصى:** يتم التعبير عن الرأى الشخصى حين يختلف عن الرأى المطروح.

4- **استخدام ضمير المتكلم بدلاً من ضمير الغائب:** يتم هنا التعبير عن الذات ونسبة الأحداث والخبرات للذات بدلاً من نسبتها إلى ضمير الغائب أو المبنى للمجهول.

مثال: لقد قمت بمقابلة ناجحة بدلاً من " لقد كانت مقابلة ناجحة ".

5- **التعبير عن الموافقة:** يتم التعبير عن الموافقة عندما يكون هناك اقتناع أو فائدة .

مثال1 : " وأنا أيضاً أؤيد هذا الاتجاه".

مثال2 : " وأنا أشارككم الرأى فى أن الاجتماع هام...".

6- ممارسة الارتجال فى الحديث :

يتم تدريب المسترشد على الكلام الحر فى صورة مرتجلة ودون اللجوء بكثرة إلى الكلمات المعدة مسبقاً أو الموجهة عن طريق الكتابة .

ويلاحظ أنه عند استخدام طريقة السلوك التوكيدى يمكن استخدام فنيات أخرى مساعدة مثل لعب الأدوار، والنمذجة، كما يمكن تدريب المسترشد على الاستجابة البسيطة ويمكن تدريبه أيضاً على تصعيد الاستجابة لتكون شديدة إذا دعت الضرورة إلى ذلك كما يمكن استخدام مدرج للسلوك لكى يتم من خلاله الانتقال من مستوى توكيدى إلى مستوى آخر، وفى ضوء فلسفة طريقة التدريب التوكيدى فإنها تعطى نتائج أفضل فى الإرشاد الجماعى.

الطرق القائمة على الاشتراط الإجرائى Operant conditioning :

ترجع جذور الاشتراط الإجرائى إلى عالم النفس" سكنر" Skinner، والذى يميز هذا النوع هو تركيزه على ما يحدث بعد السلوك أما ما يحدث قبل السلوك فهو مجرد إعداد للاستجابة، ولذلك فإن المعلومات المرتبطة بالأحداث التى تقع قبل الاستجابة يمكن الاستفادة منها فى التنبؤ بالنتائج، ومن هنا يكون الاهتمام فى الاشتراط الإجرائى بطبيعة العلاقة بين الاستجابة والنتائج المترتبة عليها، ولذلك فسلوك الشخص يمر بهذه السلسة: المقدمة ثم الاستجابة ثم النتائج.

طرق تعديل الاستجابة الإجرائية :

إذا كان تعديل الاستجابة فى الاشتراط الكلاسيكى يتم بالتغيير فى ظروف المثير الذى يسبقها عن طريق فك الرابطة بين المثير والاستجابة فإن تعديل

الاستجابة فى الاشتراط الإجرائى يتم بالتغيير فى الاستجابة عن طريق نتائجها بالتعزيز أو العقاب : ونشير إليهما كالآتى :

1- التعزيز Reinforcement :

التعزيز هو مكافأة المسترشد إذا استجاب بطريقة مقبولة وتصنف المعززات إلى نوعين : المعززات الموجبة Positive Reinforcer وهي التى تقدم للمسترشد مثل: الطعام والأنشطة (التلوين، لعب الكرة) والسلوكيات الاجتماعية (الأحضان ، الابتسامة) وهذا النوع من أكثر المعززات استخداماً فى مجال الإرشاد النفسى، أما المعززات السالبة Negative Reinforcer وهي التى تُمنع عن المسترشد مثل منع الصدمة الكهربائية أو خفض الصوت العالى، هذا النوع من المعززات أقل استخداما فى مجال الإرشاد النفسى، ويمكن استخدام التعزيز فى المواقف التالية (محمد سعفان، 2001 (ب)، 219) :

(أ) فى حالة الامتناع عن القيام بسلوك غير مرغوب مثل عدم إحداث أضرار بالممتلكات .

(ب) فى حالة الإتيان بسلوك مناقض للسلوك غير المرغوب فيه مثل: التواجد مع الآخرين بدلا من تجنبهم .

(ج) فى حالة انخفاض معدلات السلوك المراد تعديله مثل غسيل الأيدى ثلاث مرات بدلاً من عشرة مرات فى الموقف الواحد (فى حالة علاج الأفعال القهرية) .

(د) فى حالة زيادة الفترة الزمنية عند مواجهة المواقف المثيرة للقلق مثل : وجود الطفل فى مكان مظلم لمدة عشر دقائق بدلاً من دقيقة واحدة (فى حالة علاج فوبيا الظلام) .

2- العقاب Punishment :

يستخدم العقاب لحذف أو تعديل الاستجابة غير المرغوبة ويتم العقاب بطريقتين هما:

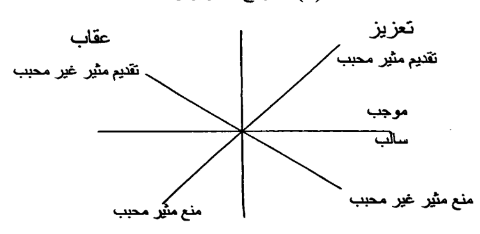
(أ) **تقديم مثير سلبى:** مثل العقاب البدنى (الضرب) والعقاب اللفظى (الشتائم والسخرية).

ونظراً لأن العلاقة الإرشادية تقوم على مبادئ إنسانية مثل التقبل والاحترام كما أن المرشد النفسى لا يكون رمزاً للسلطة وللسلوك العدوانى (لأن هذا يتنافى مع خصائص العلاقة الإرشادية) نتيجة لذلك لا يستخدم هذا النوع من العقاب فى الإرشاد النفسى .

(ب) **إبعاد مثير إيجابى،** مثل هذا النوع من العقاب يمكن أن يتخذ صوراً كثيرة مثل حرمان المسترشد من المشاركة فى مشروع مدرسى محبب له أو حرمانه من المشاركة فى ألعاب رياضية. أو حرمانه من مشاهدة برنامج تلفزيونى محبب وهكذا. ويمكن استخدام هذا النوع من العقاب فى حالة الضرورة لأنه لا يتطلب أكثر من إبعاد مثيرات مرغوبة ومع ذلك يفضل ألا يكون المرشد النفسى هو المنفذ للعقاب، حتى لا يفقد المسترشد الثقة فيه،ويصبح رمزاً يرتبط بالعقاب.

بعد عرض التعزيز والعقاب وأنواعهما يمكن وضع تصور تلخيصى لهما كما في الشكل التالي :

شكل (1) : أنواع التعزيز والعقاب



من شكل (1) يتضح أن التعزيز الموجب يقابله عقاب سالب والعقاب الموجب يقابله تعزيز سالب .

3- التسلسل والتشكيل Chaining and shaping :

فى بعض الحالات يتم الاهتمام بالتمييز بين الاستجابات عند تعديل السلوك، ويشير مفهوم التمييز بين الاستجابات إلى تعزيز خصائص معينة فى الاستجابة فى ضوء معيار التميز: كالسرعة أو الزمن أو القوة وبهذا يمكن تدريب الشخص على الاستجابة الانتقائية بمعدل سريع أو بطيء أو بشدة أو بخفة، كل هذه الأشكال *المختلفة للاستجابة المتميزة يمكن تعليمها للمسترشد من خلال مفهومين أساسيين* فى نظرية " سكنر" وهما التسلسل والتشكيل مع استخدام التعزيز فى الحالتين ونشير إلى المقصود بالتسلسل والتشكيل كالتالى:

(أ) التسلسل:

يتم تحليل العمل المطلوب تعلمه إلى سلسلة من الأعمال الفرعية المتتالية بحيث يؤدى كل عمل فرعى إلى العمل الفرعى التالى ولا يتم الانتقال إلى العمل التالى إلا بعد الانتهاء من العمل الذى يسبقه، ويتم تعزيز كل عمل فرعى تم إنجازه ومن خلال أداء السلسلة الكلية يتم إنجاز الاستجابة الكلية، وتستخدم هذه الطريقة

فى التدريب على تعلم المهارات الحركية المعقدة أو المهارات التى تتكون من خطوات متتالية.

(ب) التشكيل:

عندما يكون العمل المطلوب تعلمه يتكون من أعمال فرعية ولكن يمكن تعدى خطوة والانتقال إلى خطوة أخرى حتى يختصر الوقت، فى هذه الحالة يتم تعزيز كل جهد يصدر عن المسترشد فى اتجاه الاستجابة المرغوب فيها ، وهكذا حتى تتم الاستجابة الكاملة.

ويتألف التشكيل عند " سكنر" من عمليتين فرعيتين هما :

الأولى: التعزيز الفارق Differential Reinforcement : يقصد به أن بعض الاستجابات يتم تعزيزها والبعض الآخر لا يعزز.

الثانية: التقريب التتابعى Successive approximation : يقصد به أنه يعزز فقط الاستجابات التى تزداد قربا وشبها بالاستجابة الصحيحة فى صورتها الكاملة والمرغوبة.



الفصل الخامس

البرامج الارشادية

مقدمة :

تم التأكيد من قبل على أن علم النفس الإرشادي Counseling Psychology أحد فروع علم النفس التطبيقية وأنه من العلوم التى تقدم خدمات ، كما أن له محاور ثلاثة : المرشد النفسى والمسترشد والعملية الإرشادية ، والمقصود بالعملية الإرشادية Counseling process أنها إجراءات متبعة على مراحل متتابعة هدفها تقديم الخدمات الإرشادية . وقد تعددت النماذج المختلفة التي تصف مراحل العملية الإرشادية ولكنها تتفق على أن هذه المراحل لابد وأن تتضمن المراحل الآتية : بناء العلاقة الإرشادية ، التشخيص، التخطيط للبرنامج الإرشادي وتنفيذه ، التقويم ، إنهاء العملية الإرشادية ، المتابعة ، في هذا الفصل سوف نوجه الاهتمام لمرحلة التخطيط للبرنامج الإرشادي وتنفيذه، مع التأكيد على ضرورة ضم موضوع التقويم إلى هذه المرحلة ، لأنه خاص بتقويم البرنامج الإرشادي وليس تقويم العملية الإرشادية .

في ضوء ما سبق فإن هذا الفصل يتضمن أربعة جوانب أساسية وهي كما يلي :

أولاً : موضوعات مرتبطة بالبرنامج الإرشادي .

ثانياً : موضوعات مرتبطة بالتخطيط للبرنامج الإرشادي .

ثالثاً : خطوات التخطيط للبرنامج الإرشادي .

رابعاً : تنفيذ البرنامج الإرشادي وتقويمه وإنهاؤه .

ونشير إلى كل جانب من الجوانب الأربعة على النحو التالي :



الفصل الخامس

البرامج الارشادية

أولاً : موضوعات مرتبطة بالبرنامج الإرشادي :

نتناول في هذا الجزء الموضوعات التالية :

(1) التعريف بالبرنامج الإرشادي .

(2) الأسس العلمية لاختياره البرنامج الإرشادي وبنائه .

(3) محكات اختيار البرنامج الإرشادي .

(4) القضايا الأخلاقية المرتبطة بالبرنامج الإرشادي .

(1) تعريف البرنامج الإرشادي :

البرنامج الإرشادي Counseling Program خطوة هامة من خطوات العملية الإرشادية وهو مزيج من الجوانب الآتية :

أ- الأهداف الخاصة والفرعية (المشتقة من الخاصة) المطلوب تحقيقها .

ب- الاستراتيجية الإرشادية والفنيات الإرشادية التي تقوم عليها .

جـ- التصميم البحثي الملائم لتحقيق الأهداف ، ويتم التخطيط له في ضوء طبيعة المشكلة وخصائص المسترشد ، والأهداف المطلوب تحقيقها .

د- محتوى البرنامج الإرشادي (المعارف، العمليات العقلية، الأنشطة، المهارات).

هـ- الإجراءات التنظيمية لتنفيذ البرنامج الإرشادي (مراحل البرنامج ، الجدول الزمني ، المكان ، المشاركون ، نشر النتائج ، الميزانية) .

و- تنفيذ البرنامج الإرشادي .

ز- تقويم البرنامج الإرشادي .

ح- التقرير النهائي للبرنامج الإرشادي .

في ضوء ما سبق يُعرف البرنامج الإرشادي بأنه " مزيج من الأهداف الخاصة والاستراتيجية الإرشادية الموجهة لتحقيق هذه الأهداف والتصميم البحثي الملائم ومحتوى البرنامج والإجراءات التنظيمية وتنفيذ البرنامج وتقويمه ، والتنسيق بين كل ما سبق " .

(2) الأسس العلمية لاختيار وبناء البرنامج الإرشادي :

يستند اختيار وبناء البرنامج الإرشادي على أسس علمية ومن أهمها ما يلي :

أ- تأكيدات المتخصصين في مجال الإرشاد النفسي على أهمية البرنامج بصفة عامة في حل مشاكل معينة لأشخاص لهم خصائص معينة .

ب- تأكيدات وتوصيات الباحثين في مجال الإرشاد النفسي على فعالية البرنامج وأهمية المعارف والعمليات العقلية والمهارات والأنشطة التي يتضمنها في تحقيق أهداف إرشادية .

جـ- نتائج البحوث والدراسات في مجال الإرشاد النفسي والتي أسفرت نتائجها عن فعالية البرنامج الإرشادي في تحقيق أهداف إرشادية لدى عينة لها خصائص محددة .

د- التشخيص المتعدد والذي يشتمل على تحديد أسباب المشكلة وأعراضها وتطورها مع الزمن، وتحديد نمط شخصية المسترشد .

(3) محكات اختيار البرنامج الإرشادي الملائم :

البرنامج الإرشادي الذي يتم اختياره يجب أن يكون له فعالية في تحقيق الأهداف الإرشادية ، ولكي يتحقق ذلك يتم وضع مخطط تمهيدي يتكون من عدة أسئلة ويجب الإجابة عنها وهي كما يلي :

أ- من الذي يتلقى البرنامج الإرشادي ؟ وما خصائصهم ؟ أو خصائصه ؟

ب- هل سيتبع أسلوب الإرشاد الفردي أم أسلوب الإرشاد الجماعي ؟ أم هما معاً ؟

جـ- ما نوع الخدمات الإرشادية التي يحتاجها المسترشد أو المسترشدون ؟ وهل يحتاج بعضهم لخدمات إضافية (في حالة الإرشاد الجماعي) ؟

د- كم عدد الساعات التي سيتلقاها المسترشد ؟

هـ- هل البرنامج ملائم للمسترشدين أعضاء الجماعة الإرشادية ؟ أم أن بعضهم يحتاج إلى برنامج إضافي ؟ أو تعديل في البرنامج الأصلي ؟

و- من المشاركين في تنفيذ البرنامج ؟ وهل لديهم كفاءة مهنية لأداء أدوارهم المخطط لها ؟

ز- ما خصائص البيئة (الطبيعية ، الإنشائية ، الثقافية) التي يعيش فيها المسترشد والتي سينفذ فيها البرنامج ؟

ح- هل يرتبط البرنامج بالخطة التعليمية للمسترشد ؟ أم يرتبط بمهارات وأنشطة الحياة اليومية الخاصة به ؟

ط- هل يتضمن البرنامج إجراءات خاصة تستخدم لمتابعة مدى تقدم المسترشد بعد الانتهاء من تنفيذ البرنامج ؟

ك- هل يحتاج البرنامج خدمات مساندة من الوالدين أو أعضاء هيئة التدريس بالمدرسة أو أشخاصاً آخرين ؟

ل- كيف يتم الإشراف وتوزيع المسئوليات على المشاركين في تنفيذ البرنامج والمستفيدين منه (المسترشدون) ؟

الإجابة عن الأسئلة السابقة سيساعد على اختيار البرنامج الملائم لحل المشكلة والتي من أجلها تم اختيار البرنامج .

(4) قضايا أخلاقية مرتبطة بالبرامج الإرشادية :

نشير في هذا الجانب إلى أهم القضايا الأخلاقية التي يجب الالتزام بها عند اختيار البرنامج وتنفيذه وتقويمه والقضايا هي كالتالي :

أ- إعلان المسترشدين والمشاركين في البرنامج بأهداف البرنامج وإجراءاته وأدوارهم أثناء تنفيذه .

ب- تحديد الفوائد من البرنامج على المدى القصير والمدى الطويل .

جـ- الالتزام برغبات المسترشدين فيما إذا كان لديهم استعداد للإفصاح عن بياناتهم الخاصة (الاسم ، العمر الزمني ، جهة العمل ... الخ) والاتفاق على الطريقة التي تُدون بها المعلومات مثل التقارير المكتوبة ، شرائط تسجيل ... الخ ويجب أن يكون معلوماً متى تستخدم هذه الوسائل ؟ وفي أي مكان يتم حفظها ؟ وما مصيرها بعد انتهاء البرنامج ؟

د- الالتزام بخصوصية وسرية المعلومات التي يعطيها المسترشدون أثناء الجلسات الإرشادية (في الإرشاد الفردي والإرشاد الجماعي) لأن القاعدة هنا أن الناس أكثر أهمية من البيانات والمعلومات .

هـ- الحصول على موافقة الاشتراك في مشروع البرنامج من المسترشد نفسه أو من القائمين على تربيته أو من جهة عمله ، ويفضل أن تكون الموافقة مكتوبة ، وفي بعض الحالات يسمح أن تكون الموافقة لفظية فقط ، ومن صيغ الموافقة على الانضمام لمشروع البرنامج هذه الصيغة :

أوافق أنا .... على أن أشارك بفعالية في مشروع البرنامج، وتشمل هذه الفعالية حضوري الجلسات كاملة وفي مواعيدها وتنفيذ ما يطلب مني سواء أثناء الجلسة أو خارجها (مثل الواجبات المنزلية) وأن أقوم بالإجابة عن أسئلة الاختبارات أو أي أسئلة أخرى تطرح عليَّ .

الاسم /

التوقيع /

التاريخ /

ثانياً : موضوعات مرتبطة بالتخطيط للبرنامج الإرشادي :

في هذا الجزء نعرض إلى الموضوعات المرتبطة بالتخطيط للبرنامج الإرشادي وهي كالتالي :

1- تطور الاهتمام بالتخطيط في البرامج الإرشادية والعلاجية .

2- من يخطط البرامج الإرشادية وينفذها .

3- مفهوم التخطيط للبرنامج الإرشادي .

4- خصائص التخطيط للبرنامج الإرشادي .

5- مبادئ تخطيط برامج الإرشاد .

6- أهمية التخطيط للبرنامج الإرشادي .

7- مستويات التخطيط للبرنامج الإرشادي .

ونعرض لكل موضوع من هذه الموضوعات على النحو التالي :

1- تطور الاهتمام بالتخطيط في البرامج الإرشادية والعلاجية :

عرض جونجسما وبيترسون (1996) تطور الاهتمام بالتخطيط العلاجي فذهبا إلى أن تخطيط العلاج يشكل جزءاً أساسياً من نظم الرعاية الصحية بصفة عامة منذ بداية الستينيات، ومن ضمنها الصحة العامة والصحة النفسية ورعاية الطفولة ومكافحة الإدمان . فقد انتقل التخطيط الذي بدأ في القطاع الطبي في الستينيات إلى مجال الصحة النفسية في السبعينيات بعد أن أخذت العيادات والمستشفيات النفسية وغيرها من المؤسسات تسعى لاعتمادها من قبل المنظمات المعنية ، فأصبح لزاماً على من يمارسون العلاج القيام بتنمية مهاراتهم في توثيق المعلومات وفي وضع الخطط العلاجية ، وكان أغلب العاملين في مجال الصحة النفسية والإدمان يستعملون فيما مضى خططاً علاجية بدائية وشبه موحدة لا تختلف من مريض لآخر ، إذ كانت أهدافها غير محددة المعالم ولم تكن تحتوي على أهداف

مرحلية Objectives كما كانت التدخلات نفسها تطبق على كل المرضى . ولم تكن البيانات الخاصة بالحالة قابلة للقياس ، الأمر الذي كان يحول دون تمكن المعالج و المريض من التأكد مما إذا كان العلاج قد انتهى أم لا . [1]

وفي رأي جونجسما وبيترسون أن تخطيط العلاج قد احتل مكانه أكبر بعد ظهور نظم الرعاية الموجه Direct management في الثمانينيات ، إذ تشترط تلك النظم انتقال الإكلينيكي بسرعة من تقويم المشكلة إلى شرحها ثم تنفيذ الخطة العلاجية ، ويشترط في خطط العلاج أن تتناول المشاكل و التدخلات بصورة مفصلة مع مراعاة الحاجات و الأهداف الخاصة بكل مريض في الوقت نفسه ، وذلك لتحديد المؤشرات التي نستعين بها في رصد تحسن الحالة.

وقد عرض " جونجسما " و " بيترسون " فوائد تخطيط العلاج ، في أنها تفيد المريض و المعالج في التركيز على المشكلة ومعرفة أي تغير هام يطرأ على المشكلة أو على الهدف العام أو الأهداف المرحلية أو على التدخلات العلاجية ، كما أنه ييسر للمعالج التركيز على الفنيات و التدخلات العلاجية، كما أن التخطيط يحمي المعالج من احتمال قيام بعض المرضى بمقاضاتهم بدعاوى التقصير المهني ، في هذه الحالة يكون الملف الخاص المدون فيه تفاصيل العلاج هو الدفاع ضد هذه الاتهامات ، كما أن التخطيط العلاجي المكتوب يسمح لفريق العمل وزملاء المهنة بالاطلاع عليه وإبداء الملاحظات ، وأخيراً يساعد التخطيط العلاجي في معرفة التدخلات ذات الفعالية في تحقيق أهداف بعينها (جونجسما، بيترسون ، 1996 ، 7-9) .

2- من يخطط البرامج الإرشادية وينفذها ؟

من الممكن أن يقوم بالتخطيط للبرامج الإرشادية وينفذها كل من :

---

[1] ما ينطبق على العلاج هنا ينطبق على الإرشاد أيضاً مع مراعاة الفروق بينهما .

أ- أصحاب نظريات الإرشاد النفسي ، الذين يخططون للبرامج الإرشادية وينفذونها في ضوء توجهاتهم النظرية ، وهذه البرامج تأخذ صفة العمومية (أى لها صدق داخلى وخارجى) ومن أمثلة هذه البرامج:

1- البرامج الإرشادية القائمة على نظرية العلاج المعرفى لدى " آرون بيك " .

2- البرامج االإرشادية القائمة على نظرية العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى لدى " إليس "

3- البرامج الإرشادية القائمة على نظرية العلاج المتمركز حول المسترشد (الإرشاد غير المباشر) لدى " كارل روجرز " .

ب- عالم النفس الإرشادى counseling psychologist وهو سيكلوجى محترف ومتخصص فى الإرشاد النفسى وتدريبه وخبراته العلمية يؤهله لوضع برامج إرشادية وتنفيذها ، وعند التخطيط للبرنامج في هذا المستوى يكون قائماً على نظرية أو أكثر من نظريات الإرشاد النفس .

جـ- المرشد النفسى counseler وهو سيكلوجى مدرب مهنيا، وفى أغلب الحالات يعتمد على البرامج التى وضعها أصحاب نظريات الإرشاد النفسى ولكن في مرحلة مهنية متقدمة يمكنه التخطيط للبرامج الإرشادية .

د- أعضاء هيئة التدريس بالجامعات فى مجال علم النفس (خاصة مجال الصحة النفسية) الذين يخططون للبرامج الإرشادية وينفذونها بغرض إجراء بحوث ودراسات ، ويتم وضع البرامج في هذا المستوى فى ضوء توجهات نظرية لتحقيق أهداف بحثية على عينة لها خصائص محددة ، ولذلك يصعب أن يكون لهذه البرامج صفة العمومية لعدم توفر الصدق الخارجي .

سوف نكتفي بالإشارة إلى المرشد النفسي عند الحديث عن تخطيط البرنامج الإرشادي .

3- مفهوم التخطيط للبرنامج الإرشادى :

التخطيط للبرنامج الإرشادى هو قرار يتخذه المرشد النفسى (أو فريق الإرشاد) فى شكل اختيار الأدوات والوسائل والاستراتيجيات وتوظيف الإمكانيات وتحديد طرق ومعايير التقويم والتنسيق بينها : بهدف إنماء الشخصية أو وقايتها من مشكلات محتملة أو علاج مشكلة حدثت بالفعل . ومن خلال التخطيط يسعى المرشد النفسى للإجابة عن الأسئلة التالية :

ا- ماذا نعمل ؟ التركيز على الأهداف المطلوب تحقيقها

ب- كيف نعمل ؟ تحديد الإجراءات والأنشطة التى يتضمنها البرنامج

جـ- متى نعمل ؟ تحديد الفترة الزمنية للبرنامج

د- أين نعمل ؟ تحديد المكان الذى ينفذ فيه إجراءات وأنشطة البرنامج الإرشادى.

هـ- من يقوم بالعمل، هل المرشد النفسي فقط، أم المرشد مع فريق الإرشاد ، وهل يمكن إشراك القائمين على تربية المسترشد فى البرنامج ؟

و- ما هى الإمكانيات المتاحة ؟ وهل هى الإمكانيات المطلوبة لتنفيذ البرنامج ؟

ز- ما هى الصعوبات أو الظروف التى يمكن أن تؤثر سلبا على تنفيذ البرنامج ؟ وكيف يمكن التغلب عليها أو إيجاد بدائل لها ؟

4- خصائص التخطيط للبرامج الإرشادية :

نشير إلى أهم خصائص التخطيط للبرامج الإرشادية كما يأتى :

أ- التخطيط مرحلة فكرية سابقة على تنفيذ أى عمل ، ولذلك يتعلق التخطيط باتخاذ قرارات متعلقة بما يجب القيام به وتوقيت أداء العمل وإجراءاته وكيفية أدائه ، لان الإجابة عن كل سؤال والتخطيط لكل خطوة رئيسية أو فرعية والانتقال من خطوة إلى أخرى والحكم على فعالية البرنامج المستخدم ، كل هذه المهام وغيرها تتطلب اتخاذ قرارات .

ب- في ضوء التخطيط نسعى لاختيار أفضل البدائل المتاحة ، لتحقيق الأهداف بدرجة عالية وبأقل تكلفة فى الجهد والوقت والمال .

جـ- التخطيط تطلع إلى المستقبل أو تطلع إلى ما يجب أن يتم ؛ ولذلك فإن الأهداف التى يسعى إلى تحقيقها فى المستقبل يتم التخطيط لها فى ضوء الماضى والحاضر ، حتى تكون واقعية من ناحية ، وتكون هناك فرص للتعديل فى الإجراءات والخطوات من ناحية أخرى .

د- التخطيط عملية مستمرة ، لأن التخطيط طويل الأجل الذى يسعى إلى تحقيق الأهداف النهائية ، يتضمن أيضا تخطيطا قصير الأجل يسعى إلى تحقيق الأهداف الجزئية ، ففى كل جلسة إرشادية نسعى إلى تحقيق هدف جزئى أو أكثر ، وفى بعض الحالات نسعى إلى تحقيق هدف جزئى واحد من خلال أكثر من جلسة إرشادية .

5- مبادئ تخطيط برامج الإرشاد النفسي :

توجد عدة مبادئ يجب الالتزام بها عند تخطيط البرامج الإرشادية وهى على النحو التالي :

أ- **الواقعية :** بمعنى أن يتم التخطيط للبرنامج فى ضوء خصائص المسترشد وطبيعة المشكلة وظروف بيئة المسترشد ومناسبة الاستراتيجية الإرشادية لعلاج المشكلة، واختيار الأنشطة المناسبة ...... إلخ .

ب- **المرونة :** بمعنى ألا يكون التخطيط جامداً بحيث يعجز عن مواجهة التغيرات التى تحدث داخل الجلسة الإرشادية ، وبالتالى يجب أن يسمح التخطيط بإدخال تعديلات فى الأنشطة والفنيات الإرشادية المستخدمة ، وطريقة إدارة الجلسة وأدوار المشاركين فى تنفيذ البرنامج والمستفيدين منه ......إلخ .

جـ- **الشمول :** بمعنى أن يشمل التخطيط كل جوانب العمل المطلوبة لتحقيق الأهداف الإرشادية .

د- **المشاركة :** ويقصد بالمشاركة هنا مشاركة القائمين على تنفيذ البرنامج والمستفيدين منه فى تنفيذ ما يطلب منهم ، ومن خلال المشاركة يتحمس الجميع للعمل لأنهم أدركوا أهميته .

هـ- التوقيت السليم لتنفيذ إجراءات البرنامج وتحقيق الأهداف :

يتضمن التخطيط الناجح تحديد الأزمنة للبرنامج العلاجى ، وفى مجال الإرشاد النفسى يتم تحقيق الأهداف الإرشادية بطريقتين :

الطريقة الأولى : تقوم على التوقيت الأفقى حيث يتم تحقيق أكثر من هدف فى جلسة واحدة .

الطريقة الثانية : تقوم على التوقيت الرأسى حيث يتم تحقيق الأهداف بشكل تراكمى يقوم على تحقيق الأهداف المعرفية ثم الأهداف السلوكية أو الأهداف البسيطة ثم الأهداف الأكثر صعوبة وهكذا .

6- أهمية التخطيط للبرنامج الإرشادى :

يعتبر التخطيط للبرنامج الإرشادى من أهم مسئوليات المرشد النفسى ، والتخطيط الجيد يحقق العديد من المزايا منها ما يلى :

أ- يعتبر التخطيط طريقة علمية لإدارة الجلسات الإرشادية بالأهداف ، وذلك عندما يسعى المرشد النفسى إلى وضع أهداف نهائية للبرنامج وأهداف جزئية يتم تحقيقها أثناء الجلسات ومن خلال استخدام التقويم المرحلى يتخذ المرشد النفسى قراراً بأن أهداف الجلسة قد تحققت أم لا ، وهل الأمر يتطلب الانتقال إلى جلسة أخرى بأهداف أخرى أم يتطلب إعادة الجلسة ؟ وفى حالة إعادة الجلسة ، هل الأمر يتطلب تكرار الإجراءات نفسها فقط ؟ أم يتطلب التغيير فى الأهداف والإجراءات معا ؟

ب- يمكّنُ التخطيط المرشد النفسى من وضع معايير أداء للأنشطة التى تتضمنها الجلسة الإرشادية ، وفى ضوء هذه المعايير يمكن قياس مستويات أداء المسترشد .

جـ- يساعد التخطيط المرشد النفسى فى معرفة بيئة المسترشد وخصائص شخصيته، والأدوار التى يمكن أن يقوم بها ومدى تحملة للمسئولية . وفى ضوء ذلك يتم وضع أهداف البرنامج وأنشطة البرنامج والإجراءات الإرشادية .

د- يساعد التخطيط المرشد النفسى فى معرفة الحاجة إلى مشاركة فريق الإرشاد والقائمين على تربية المسترشد فى البرنامج الإرشادى ، والأدوار التى يمكن أن يؤديها كل مشارك ، وفى ضوء ذلك يتم التخطيط لهذه المشاركة .

هـ- يساعد التخطيط المرشد النفسى فى استغلال وقت الجلسة الإرشادية وتوجيه طاقته واهتمامه نحو تحقيق أهداف الجلسة الإرشادية .

و- يساعد التخطيط المرشد النفسى على تحقيق التنسيق بين جوانب البرنامج من حيث ترتيب الأنشطة والسلوكيات التنفيذية لكل جلسة ، والأعمال التى تتم خارج الجلسة ، وذلك فى ضوء الفترة الزمنية للبرنامج .

ز- يعتبر التخطيط طريقة علمية يستخدمها المرشد النفسى للرقابة على تنفيذ خطوات البرنامج الإرشادى ، والتأكد من مدى التقدم الذى يحققه البرنامج ، وذلك فى ضوء المقارنة بين ما تم التخطيط له وما تم تحقيقه بالفعل .

ح- يساعد التخطيط المرشد النفسى فى تعديل وتحسين الأداء المهنى فى ضوء تقويم كفاءته فى التخطيط للبرنامج وإدارة الجلسات عند تنفيذ البرنامج وتحقيق أهداف البرامج التى تم التخطيط لها .

7- مستويات التخطيط للبرنامج الإرشادى :

يوجد للتخطيط ثلاثة مستويات وهى كما يأتى :

أ- تخطيط استراتيجى :

عبارة عن خطة متكاملة ومترابطة يتم وضعها فى ضوء نظرية إرشادية أو فى ضوء نتائج البحوث والدراسات أو فى ضوء الإطار المرجعى للمرشد النفسى، بهدف تحقيق أهداف محددة (نمائية ، وقائية ، علاجية) من خلال البرنامج الذى تم التخطيط لـه ، ومنـه اختيـار إسـتراتيجية الإرشـاد (معرفـى ، سـلوكى ، دينـى ، اجتماعى، تعلم ذاتى ..... الخ) واختيار عينة الدراسة ، والأهداف الخاصة للبرنامج والتصميم التجريبى وطرق التقويم ونوع التقويم وجوانب التقويم .

ب- تخطيط تكتيكى :

يقصد به اختيار الفنيات التى تقوم على نظرية إرشادية ، ثم وضع خطة مناسبة لاستخدامها في ضوء الأهداف الجزئية لكل جلسة، ويقصد به أيضا زمن كل جلسة ، والأنشطة المتضمنة فى كل جلسة ، والأدوار التى يقوم بها المرشد النفسى والمسترشد أثناء الجلسة ، والتخطيط للواجبات المنزلية، وطرق تقويم ما تم إنجازه من أهداف جزئية ؛ والتخطيط التكتيكى بذلك هو مجموعة الفنيات والأنشطة والإجراءات التى يتم بها تنفيذ ما تم وضعه فى التخطيط الإستراتيجى .

جـ- تخطيط تنفيذى :

عبـارة عـن مسـتوى التنفيـذ الفعلـى للخطـط التكتيكيـة ، وإدارة الجلسـة الإرشادية ، والتواصل اللفظى وغير اللفظى أثناء الجلسة .

ثالثاً : خطوات التخطيط للبرنامج الإرشادي :

يتضمن هذا الجزء الموضوعات التالية :

1- تحديد الأهداف الخاصة والفرعية .

2- اختيار استراتيجية إرشادية مناسبة لتحقيق الأهداف .

3- اختيار تصميم بحثي مناسب .

4- اختيار محتوى البرنامج الإرشادي .

5- تحديد الإجراءات التنظيمية للبرنامج الإرشادي .

ونوضح خطوات التخطيط للبرنامج الإرشادي كالتالي :

1- تحديد الأهداف الخاصة والفرعية :

يسعى المرشد النفسي إلى وضع أهداف البرنامج الإرشادي في ضوء التشخيص الذي تم قبل الإعداد للبرنامج ، وقد أشرنا إلى أن التشخيص يشتمل على أبعاد ثلاثة هي : المشكلة ، وخصائص المسترشد ، والموقف الذي حدثت فيه المشكلة ، ويضاف إلى ذلك بيئة المسترشد . وأشرنا أيضاً إلى طبيعة الأهداف في الإرشاد النفسي وتم تصنيفها إلى أهداف معرفية وأهداف سلوكية ، والأهداف بشكل عام تنقسم إلى مستويات ثلاثة هي : أهداف عامة للإرشاد ، وأهداف خاصة له وأهداف فرعية مشتقة من الأهداف الخاصة ، وتم التأكيد على أن البرامج الإرشادية توجه إلى تحقيق الأهداف الخاصة والأهداف الفرعية بشكل مباشر .

أحياناً يكون الهدف تعلم طريقة تفكير من خلال ممارسة عمليات التفكير بغرض إعادة الفهم ، أو يكون الهدف تعلم معرفة لنعمل بها في مواجهة المواقف باعتبار أن الفكر يسبق السلوك ، أو يكون الهدف تعلم مهارات جديدة وأنماط سلوكية جديدة .

نظراً لأن القيام بالفعل لابد وأن يسبقه تركيبة معرفية ، يكون من الأهمية البدء بالأهداف المعرفية ثم الأهداف السلوكية عندما يتطلب الأمر وجود النوعين معاً عند التخطيط للبرنامج . مع ملاحظة أن الأهداف المعرفية هي تغيير في التركيب المعرفي أو تغيير في طريقة التفكير . وبالنسبة للتغيير في التركيب المعرفي فإنه يتحقق عن طريق التغيير في الاتجاهات والقيم والتغيير في الميول والدافعية والتقبل الاجتماعي ، أما التغيير في طريقة التفكير فإنه يتحقق عن طريق: التغيير في طريقة جمع المعلومات الموضوعية وليس الانتقائية التي تخدم الشخص

فقط والتغيير في طريقة الاستدلال ، والمرونة في التفكير وقبول آراء الآخرين ومناقشتها ، وقبول إمكانية وجود أكثر من رأي وأكثر من دليل على صحة القضية الواحدة وقبول اختلاف الاتجاهات نحو القضايا باختلاف الأزمنة والأمكنة . أما الأهداف السلوكية فإنها تتجه إلى إحداث تغيير في السلوك إما بالزيادة أو النقصان من خلال فعل الأشياء المرغوبة والامتناع عن فعل الأشياء غير المرغوبة (راجع طبيعة الأهداف السلوكية) .

هرمية الأهداف :

يمكن تصنيف مستويات الأهداف في الإرشاد النفسي في شكل هرمي كالآتي :

الأهداف :

أهداف عامة :

تتحقق بطريقة غير مباشرة ، وقد اتفق على أن أهم الأهداف العامة للإرشاد النفسي هي : (تحقيق الذات ، تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي والمهني ، تحسين العملية التعليمية، تحقيق الصحة النفسية) .

أهداف خاصة :

تتحدد الأهداف الخاصة في ضوء طبيعة المشكلة ، وتتحقق هذه الأهداف بطريقة مباشرة من خلال برامج الإرشاد النفسي الموجهة ، وكما أشرنا من قبل قد تكون هذه الأهداف معرفية أو سلوكية .

أهداف فرعية :

تشتق الأهداف الفرعية من الأهداف الخاصة ، وتتحقق الأهداف الفرعية بطريقة مباشرة من خلال البرنامج الإرشادي ، كما يتم تحقيق هدف واحد أو أكثر في الجلسة الإرشادية الواحدة ، وقد تكون هذه الأهداف معرفية أو سلوكية .

نماذج لبعض الأهداف المعرفية والسلوكية :

نشير في هذا الجزء إلى بعض نماذج الأهداف المعرفية والسلوكية المرتبطة بمشكلة معينة

مثال 1 : اضطراب انفعال الغضب :

1- الأهداف المعرفية :

أ) الهدف الخاص :

أن يزداد استبصار المسترشد بانفعال الغضب لديه والآثار المترتبة عليه .

ب) الأهداف الفرعية :

1- وعي المسترشد بأنماط تعبيره عن الغضب .

2- أن يعاد استبصار المسترشد بالمواقف التي تثير غضبه .

3- أن يكلف المسترشد بقراءة كتاب عن الغضب .

4- أن يناقش المسترشد في البدائل السلوكية في غضبه .

5- أن يناقش المسترشد في أهمية التسامح وقبول الآخر .

2- الأهداف السلوكية :

أ) الهدف الخاص :

أن يستطيع المسترشد السيطرة على غضبه والتحكم فيه .

ب) الأهداف الفرعية :

1- أن يتم تدريب المسترشد على ممارسة فنية لعب الدور حيث يلعب دور الشخص الغاضب مرة ، والشخص الذي سبب الغضب مرة أخرى .

2- أن يستطيع المسترشد التعبير الكلامي عن غضبه بطريقة كلامية ، مع سيطرته على غضبه بطريقة تؤكد ذاته .

مثال 2 : مشكلة الاعتمادية :

1- الأهداف المعرفية :

أ) الهدف الخاص :

أن يتم استبصار المسترشد بذاته ، والحدود التي يجب أن تكون بين الذات والآخر .

ب) الأهداف الفرعية :

1- أن يتعرف المسترشد على حاجاته الشخصية والاجتماعية .

2- أن يقلل المسترشد من حساسيته للنقد .

3- أن ينمي المسترشد وعيه بالحدود التي تفصل بين حاجاته وحاجات الآخرين .

4- أن يزداد فهم المسترشد بمشكلة الاعتمادية عن طريق قراءة كتاب عن الاعتمادية ومناقشة الأفكار التي وردت فيه .

2- الأهداف السلوكية :

أ) الهدف الخاص :

أن يلبى المسترشد احتياجاته بنفسه لإعادة بناء الثقة في نفسه .

ب) الأهداف الفرعية :

1- أن يُعبر المسترشد عن ذاته لفظياً .

2- أن يتدرب المسترشد على أداء بعض الأدوار ليكتسب الشعور بتحمل المسئولية.

3- أن يبدى المسترشد رأيه للآخرين في بعض القضايا للتدرب على تأكيد الذات .

4- أن يتعلم المسترشد رفض مطالب الآخرين إذا كانت غير منطقية .

2- اختيار استراتيجية إرشادية :

من أجل تحقيق الأهداف التي تم تحديدها في الخطوة الأولى يتم وضع الاستراتيجية الإرشادية في ضوء نظرية أو أكثر من نظريات الإرشاد النفسي ،

وتتكون الاستراتيجية من بعض الفنيات الإرشادية والأنشطة والوسائل والإجراءات اللازمة لتنفيذ الفنية . وفي بعض الحالات يختار المرشد النفسي استراتيجية انتقائية بمعنى أنه يختار فنيات إرشادية مختلفة تقوم على نظريات إرشادية مختلفة ، ويشترط في هذه الحالة أن يتوفر مبرر لاختيار الاستراتيجية الانتقائية .

أ) معايير اختيار الاستراتيجية الإرشادية :

نشير إلى المعايير التي يجب الالتزام بها عند اختيار الاستراتيجية الإرشادية كالتالي :

1- أن تكون سهلة التنفيذ وذات جدوى .

2- أن تكون إجراءاتها ملائمة لقدرات المسترشد .

3- أن تسمح بتنمية المعارف والعمليات العقلية وزيادة الأنشطة والمهارات والخبرات .

4- أن تكون إجراءاتها آمنة (لا يترتب عليها خطورة) وإيجابية (لا تركز على العقاب) .

5- أن تكون قائمة على نظرية ما من نظريات الإرشاد النفسي حتى نضمن فعاليتها في تحقيق أهداف الإرشاد وأهداف البرنامج الإرشادي .

6- يجب أن يكون لدى المرشد النفسي المعلومات والخبرة والمهارة بهذه الاستراتيجية حتى يخطط لها وينفذها ويدرب المشاركين في البرنامج الإرشادي على إجراءاتها . (محمد سعفان، 2001 ، (ب) ، 205 – 206)

ب) نماذج لاستراتيجيات إرشادية :

نشير في هذا الجانب إلى بعض نظريات الإرشاد النفسي والاستراتيجيات القائمة عليها، (يمكن مراجعة الفصل الرابع الخاص بنظريات الإرشاد والاستراتيجيات القائمة عليها) .

1- الاشتراط الكلاسيكي :

ينسب الاشتراط الكلاسيكي كنظرية في التعلم وطريقة في العلاج إلى عالم النفس " بافلوف " في روسيا وإلى عالم النفس " واطسون " في أمريكا ، وتركز هذه النظرية على العلاقة بين المثير (م) والاستجابة (س) ، باعتبار أن سلوك الشخص عبارة عن روابط بين (م) و (س) وتقوم فكرة العلاج هنا على فك الرابطة بين (م) ، (س) باعتبار أن (س) استجابة مكتسبة ولذلك يمكن تعديلها .

أهم الفنيات الإرشادية القائمة على نظرية الاشتراط الكلاسيكي هي :

أ- التعرض . ب- الاسترخاء . جـ- التدريب على السلوك التوكيدي .

2- الاشتراط الإجرائي :

ينسب الاشتراط الإجرائي إلى عالم النفس " سكنر Skinner " ، والذي يميز الاشتراط الإجرائي عن الاشتراط الكلاسيكي هو تركيزه على ما يحدث بعد السلوك ، من هنا يكون الاهتمام في الاشتراط الإجرائي بطبيعة العلاقة بين الاستجابة والنتائج المترتبة عليها ، ونتائج السلوك قد تكون معززات Reinforces أو معاقبات Punishers .

أهم الفنيات الإرشادية القائمة على نظرية الاشتراط الإجرائي هي :

أ- التعزيز . ب- التسلسل والتشكيل . جـ- العقاب .

3- الإرشاد المتمركز حول المسترشد :

الإرشاد المتمركز حول المسترشد ، يُعرف أيضاً بالإرشاد غير المباشر ، وينسب إلى كارل روجرز Carl, R. Rogers ، ويقوم هذا الاتجاه على أساس احترام المرشد النفسي للمسترشد وتقدير طاقاته وحقه في توجيه ذاته ، وتشتمل استراتيجية الإرشاد في ضوء هذا الاتجاه على الممارسات المتتابعة التالية .

أ- تسهيل المشاعر .

ب- تغيير أسلوب الخبرة .

جـ- الانتقال من عدم التطابق إلى التطابق .

د- تغيير الأسلوب والمدى لكي يتواصل الشخص ذاتياً .

هـ- تسهيل رسم الخرائط المعرفية للخبرة .

و- تغيير علاقة الشخص مع مشكلاته .

ز- تغيير أسلوب الشخص في الربط أو إقامة العلاقات السببية أو المنطقية .

(باترسون ، 1990 ، جـ2 ، 386 ، 410)

4- استراتيجية انتقائية :

كما ذكرنا يمكن التخطيط لاستراتيجية انتقائية يتم اختيار فنياتها في ضوء أكثر من نظرية إرشادية ومن الأمثلة على ذلك الاستراتيجية المستخدمة في خفض الوساوس والأفعال القهرية يمكن أن تتكون من فنيات انتقائية على النحو التالي :

أ- استراتيجية تعديل البنية المعرفية تتكون من الفنيات الآتية :

1- الاستبصار بالمرض . 2- إيقاف الأفكار 3- صرف الأفكار

4- الواجبات المدرسية . 5- التغذية الراجعة .

ب- استراتيجية الأفعال القهرية تتكون من الفنيات الآتية :

1- الإقناع. 2- المواجهة . 3- لعب الدور . 4- الواجبات المنزلية .

5- التغذية الراجعة .

جـ- البدائل الاستراتيجية :

من المهم عند التخطيط لاستراتيجية ما أن يوضع لها بدائل ، فإذا لم يتحقق الهدف من الجلسة أو تحقق جزئياً ؛ في هذه الحالة يتم الاعتماد على البديل الاستراتيجي . أو يتم التغيير في الأنشطة أو في طريقة تنفيذ الاستراتيجية ، وهذا يحتم علينا من ناحية أخرى التنبؤ بمعوقات زمن البرنامج والجلسات الإرشادية ، والإمكانيات والمشاركة والوسائل والأنشطة ... الخ .

د- أهمية التخطيط لاستراتيجية علاجية :

التخطيط لاستراتيجية علاجية يحقق الكثير من المزايا من أهمها :

أ- تجنب المحاولة والخطأ في حل المشكلة ، وما يترتب عليها من تضييع الوقت والجهد .

ب- تحديد ما ينبغي فعله بدلاً من التصرف في ضوء ردود أفعال المسترشد .

جـ- تحديد زمن البرنامج والأنشطة والإجراءات المطلوبة في كل مستوى مع تقييم النجاح عند الانتهاء من كل جلسة إرشادية والانتهاء من جلسات البرنامج .

3- اختيار تصميم بحثي مناسب :

عند التفكير في التصميم البحثي Research design نسعى إلى البناء المنطقي لهذا التصميم من خلال الإجابة عن الأسئلة الآتية :

س1- لمن نقدم البرنامج ؟

س2- أين ؟ ومتى ؟ وكيف ؟

وتصميم البحث بشكل عام يأخذ شكلاً من اثنين :

أ- تصميم غير تجريبي .

ب- تصميم تجريبي .

تعتمد برامج الإرشاد على التصميم التجريبي ولكن في بعض الحالات التي نكون فيها بحاجة للتأكد من نوع العلاقة بين المتغيرات البحثية أو نكون بحاجة لمعرفة مقدار انتشار المشكلة أو الاضطراب في هذه الحالات نعتمد على التصميم غير التجريبي بجانب التصميم التجريبي . ونشير إلى النوعين على النحو التالي :

أ- التصميم غير التجريبي :

يستخدم التصميم غير التجريبي عند محاولة قياس الظاهرة دون التدخل في تغييرها ، ويركز الاهتمام هنا على المتغيرات النفسية والاجتماعية ، وينقسم هذا التصميم إلى نوعين هما:

1- تصميم وصفي : يهدف إلى وصف الظاهرة فقط مثل :

- تحديد النسب المئوية لانتشار ظاهرة نفسية (مثل القلق) .
- قياس مستوى متغير نفسي مثل الرضا الوظيفي .
- تشخيص متغير باستخدام أداة مثل تشخيص الوساوس والأفعال القهرية باستخدام اختبار " بادوا " للوساوس والأفعال القهرية .

2- تصميم علاقة : يهدف إلى قياس العلاقة بين متغيرين أو أكثر عن طريق معامل الارتباط، مع ملاحظة أن معامل الارتباط يقيس نمطاً واحداً من العلاقات الارتباطية وهي العلاقة الخطية المستقيمة ، وهناك نوع آخر من العلاقات الارتباطية وهي الارتباطات المنحنية أو غير الخطية بين المتغيرات . ومن عيوب تصميم العلاقة أنه لا يساعد على استنتاج علاقة سببية ، أي أن (س) سبب لـ (ص) والعكس .

ب- التصميم التجريبي :

تعتبر التصميمات التجريبية مركز اهتمام برامج التربية والإرشاد النفسي والعلاج النفسي ، لأن فلسفة كل منها تقوم على تقديم الخدمات لحل المشكلة أو تحسين الأداء أو تغيير اتجاهات ومعتقدات ، وتقديم الخدمات بهذا يعتبر تدخلاً في حد ذاته ، وفي هذا النوع يتم قياس الظاهرة قبل تنفيذ البرنامج وبعد تنفيذه لمعرفة مقدار التغير ، كما أن التركيز يكون على التأثير السلبي للعوامل المؤثرة في الظاهرة وذلك بهدف تغيير هذه العوامل أو التقليل من تأثيرها السلبي .

وسوف نُعرض نماذج لتصميمات تجريبية كالآتي :

1- دراسة الحالة :

قد يرغب الباحث في تنفيذ البرنامج على حالة واحدة (وقد يصل العدد إلى ثلاث) فيستخدم لذلك تصميم دراسة الحالة وفي دراسة الحالة يهتم الباحث بالخطوات التالية :

- الحصول على بيانات كمية وكيفية من خلال تطبيق اختبارات سيكومترية وإكلينيكية مقننة.
- الحصول على بيانات كيفية من خلال مقابلة المسترشد والقائمين على تربيته .
- تخطيط وتنفيذ البرنامج الموجه لحل المشكلة .
- رصد التغيرات التي حدثت في الأعراض عبر فترة زمنية من خلال إعادة تطبيق الاختبارات المقننة التي استخدمت قبل تنفيذ البرنامج ، ويمكن الاعتماد أيضاً على التقارير التي تفيد مدى التحسن (في بعض الحالات يمكن تكرار تنفيذ البرنامج مع حالات أخرى مشابهة للتأكد من الصدق الخارجي للبرنامج) ويتم تحديد بيانات دراسة الحالة بالاعتماد على الرسوم البيانية أو التحليل الإحصائي أو هما معاً.

عيوب ومميزات تصميم دراسة الحالة :

توجه اعتراضات إلى دراسة الحالة نذكر منها :

أ- لا تزودنا بالمعلومات الكافية لتفسير الظاهرة .

ب- لا يتحقق فيها الصدق الخارجي وبالتالي يصعب تعميم نتائجها على حالات مشابهة .

ورغم الاعتراضات السابقة على دراسة الحالة إلا أن لها مميزات أيضاً ومنها :

أ- أن الباحث لا يستطيع تحقيق التجانس بشكل موضوعي عند اعتماده على تصميم المجموعة، وبالتالي فإن دراسة الحالة تحل مشكلة التجانس .

ب- الاعتماد على المتوسط في تصميم المجموعة يهمل الحالات الطرفية وبالتالي يصعب تحديد حالات التحسن الشديد وحالات الانتكاسة الشديدة ، وبالتالي فإن دراسة الحالة تحل هذه المشكلة وتحدد أداء الشخص الخاص ودرجة تحسنه .

جـ- الاعتماد على دراسة الحالة يتيح الفرص للمرشد النفسي لكي يوظف طاقاته وخبراته المهنية في التشخيص وتنفيذ البرنامج .

د- دراسة الحالة تتيح فرصاً أكثر للمسترشد ، لعرض مشكلاته الخاصة بطريقته الخاصة ، وبالتالي فإن دراسة الحالة تساعدنا على القيام بدراسة علمية للحالة في سياقها الخاص .

2- تصميم المجموعة الواحدة :

في بعض الحالات يفضل الباحث تصميماً تجريبياً من مجموعة واحدة ، ويكون حجم هذه المجموعة أكثر من ثلاثة ، ولا يوجد اتفاق محدد على حجم المجموعة وإن كان من الأفضل ألا يزيد عن (20) شخصاً ، وتوجد تصميمات فرعية لتصميم المجموعة الواحدة نشير إليها باختصار .

أ- تصميم المجموعة الواحدة بقياس بعدي واحد One group post test-only design :

ويرمز لهذا التصميم بـ (ع ق1) بمعنى : (ع) تدخل علاجي ، (ق 1) قياس بعدي واحد ، يستخدم هذا التصميم في حالات خاصة ، عندما يصعب قياس المتغير المستقل بسبب طبيعته (مثل حالة الموت) أو سرعته (مثل حدوث مرض مفاجئ أو حادثة) ، ومن أمثلة الدراسات التي يصلح معها هذا التصميم ، دراسة فعالية العلاج القائم على المعنى " لدى فرانكل " في خفض الاكتئاب الناتج عن وفاة الأم " .

ب- تصميم المجموعة الواحدة بقياس قبلي وقياس بعدي :

One group pre-test post-test design

يرمز لهذا التصميم بـ (ق 1 ع ق 2) بمعنى (ق 1) قياس قبلي (ع) تدخل علاجي (تنفيذ البرنامج) (ق 2) قياس بعدي .

ومن أمثلة الدراسات التي يصلح معها هذا التصميم : دراسة فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (لدى إليس) في خفض الغضب ، وذلك عندما يكون لدى الباحث أدلة مستمدة من البحوث والدراسات السابقة ونظريات علم النفس تؤكد على أن تبني الشخص لأفكار لاعقلانية وطرق تفكير خاطئة (متغير مستقل) يؤدي

إلى زيادة انفعال الغضب لديه (متغير تابع) ، وعند استخدام هذا التصميم تكون الخطوات كالتالي :

أ- قياس قبلي يتم فيه قياس المتغير المستقل والمتغير التابع .

ب- التدخلات الإرشادية (تنفيذ البرنامج) .

جـ- قياس بعدي ، يتم فيه قياس المتغير المستقل والمتغير التابع .

د- يتم حساب الفرق بين (ق 1) و (ق 2) ، فإذا كانت الفروق دالة بشكل جوهري ، فهذا دليل على نتيجتين :

الأولى : التأكيد على أن المتغير المستقل له تأثير على المتغير التابع ، بدليل أن التغيير * في المتغير المستقل تبعه تغيير في المتغير التابع .

الثانية : أن البرنامج الإرشادي فعال وأدى إلى التغيير المطلوب .

جـ- تصميم المجموعة الواحدة بقياسات متعددة :

يرمز له بـ (ق1 ع1 ق2 ع2 ق3) بمعنى : (ق1) قياس قبلي (ع1) التدخل العلاجي الأول (ق2) قياس بعدي أول (ع2) التدخل العلاجي الثاني (ق3) قياس بعدي ثاني . وفي هذه الحالة تتم المقارنة بين (ق1 ، ق2 ، ق3) ، ويستخدم هذا التصميم عند الاعتماد على أكثر من استراتيجية أو أن الباحث يرغب في التقويم المرحلي الذي يتم بعد تنفيذ كل مرحلة من مراحل البرنامج . وبشكل عام فإن تعدد القياسات يتم في حالتين :

الأولى : علاج ظاهرة على مدى زمني طويل .

الثانية : عند الرغبة في ضبط العوامل المؤثرة في الظاهرة فيتم القياس على فترات قصيرة أو على مراحل .

* نستخدم مصطلح التغيير Changed لنشير إلى أن التغير تم في الاتجاه الإيجابي ، أما المصطلح التغير Chang فإنه يشير إلى التغير في الاتجاه الإيجابي أو السلبي .

ومن أمثلة الدراسات التي استخدمت المجموعة الواحدة وتدخلات وقياسات مختلفة ، الدراسة التي قام بها المؤلف (2003) بهدف قياس فعالية برنامج إرشادي انتقائي قائم على إعادة الفهم ووقف الأفكار والتعريض في خفض الوساوس والأفعال القهرية المرتبطة بالشعور بالذنب . وقد تم استخدام هذا التصميم في ضوء فلسفة البحث وهي تقوم على افتراض وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الشعور بالذنب (كمتغير مستقل) والوساوس والأفعال القهرية (كمتغير تابع) ، وهذه العلاقة قد تساعد في استنتاج احتمال سببي لطبيعة العلاقة بين المتغيرين. وفي سبيل ذلك تم توجيه استراتيجية تقوم على إعادة الفهم لخفض الشعور بالذنب ثم قياس أثره في خفض الوساوس والأفعال القهرية . وفي المرحلة الثانية تم توجيه استراتيجية تقوم على وقف الأفكار والتعريض لخفض الوساوس والأفعال القهرية ثم قياس أثره في خفض الشعور بالذنب من ناحية ومن ناحية أخرى معرفة أفضل طريقة لخفض الوساوس والأفعال القهرية المرتبطة بالشعور بالذنب ، هل عن طريق خفض الشعور بالذنب فقط أم عن طريق خفض الشعور بالذنب والوساوس والأفعال القهرية معاً . ويوضح المؤلف مراحل هذا التصميم كما يلي :

1- مرحلة الخط القاعدي الأولى (Baseline-1) أو القياس القبلي يتم في هذه المرحلة قياس الشعور بالذنب والوساوس والأفعال القهرية قبل تنفيذ البرنامج .

2- مرحلة المعالجة الأولى (Treatment-1) يتم في هذه المرحلة تنفيذ الجزء الأول من البرنامج الموجه لخفض الشعور بالذنب وهو البرنامج القائم على إعادة الفهم .

3- مرحلة الخط القاعدي الثانية (Baseline-2) أو القياس البعدي الأول (Post-test-1) يتم في هذه المرحلة إعادة قياس الشعور بالذنب والوساوس والأفعال القهرية لحساب الفرق بين القياس القبلي والقياس البعدي الأول ، ثم نختبر دلالة هذا الفرق إحصائياً لمعرفة أثر تدخل العلاج القائم على إعادة الفهم في خفض

الشعور بالذنب وأثر ذلك على الوساوس والأفعال القهرية وفي هذه المرحلة يتم التعامل مع درجات الشعور بالذنب ودرجات الوساوس والأفعال القهرية على أنها درجات مرحلة الخط القاعدي الثانية .

4- مرحلة المعالجة الثانية (Treatment-2) يتم في هذه المرحلة تنفيذ الجزء الثاني من البرنامج الموجه لخفض الوساوس والأفعال القهرية وهو البرنامج السلوكي القائم على فنيتي : وقف الأفكار والتعريض .

5- مرحلة الخط القاعدي الثالثة (Baseline-3) أو القياس البعدي الثاني (Post-test-2) يتم في هذه المرحلة إعادة قياس الشعور بالذنب والوساوس والأفعال القهرية لحساب الفرق بين القياس البعدي الأول (في مرحلة الخط القاعدي الثانية) والقياس البعدي الثاني في المرحلة الحالية ، ثم تختبر دلالة الفرق إحصائياً لمعرفة أثر التدخل العلاجي القائم على فنيتي : وقف الأفكار والتعريض في خفض الوساوس والأفعال القهرية وأثر ذلك على الشعور بالذنب. يتم في هذه المرحلة التعامل مع درجات الشعور بالذنب ودرجات الوساوس والأفعال القهرية على أنها درجات مرحلة الخط القاعدي الثالثة .

6- مرحلة القياس التتبعي (Follow-up-study) بعد مرور ثلاثة أشهر على تنفيذ البرنامج الإرشادي بجزئيه يتم إعادة قياس الشعور بالذنب والوساوس والأفعال القهرية ثم يتم حساب الفرق بين القياس في هذه المرحلة والقياس في مرحلة الخط القاعدي الثالثة للتحقق من احتمالات ثلاثة :

أ- بقاء أثر البرنامج كما كان عند مستوى مرحلة الخط القاعدي الثالثة (القياس البعدي الثاني).

ب- استمرار التحسن بدرجات ملحوظة ولها دلالة إحصائية .

جـ- حدوث انتكاسة في الشعور بالذنب أو في الوساوس والأفعال القهرية أو فيهما معاً .

مميزات وعيوب تصميم المجموعة الواحدة :

من مميزات تصميم المجموعة الواحدة :

أ- يساعدنا في الكشف عن التفسيرات السببية بين المتغيرات ، ومع ذلك ما لم يتم ضبط العوامل الوسيطة مثل العمر الزمني ، والجنس ، والعامل الاقتصادي والاجتماعي فإن قبول التفسيرات السببية يكون ضعيفاً .

ب- يساعدنا في التعرف على معدلات التغير لمجموعة واحدة بعد التدخلات العلاجية على مراحل مختلفة .

جـ- يعطينا فرصاً أكثر لتغيير بعض إجراءات البرنامج عند تنفيذ الجلسات الإرشادية إذا دعت الحاجة إلى ذلك ، وهذه الخاصية يَصعُب تنفيذها عند الاعتماد على أكثر من مجموعة .

من عيوب تصميم المجموعة الواحدة :

أ- يذهب البعض إلى أن الاعتماد على المجموعة الواحدة والقيام بقياسات بعدية متعددة في هذه الحالة قد يصعب تقدير الأثر النفسي التجريبي لكل تدخل تجريبي، بين القياس القبلي والقياس البعدي الأول ، ثم بين القياس البعدي الأول والقياس البعدي الثاني وهكذا .

ب- عند إعادة تطبيق المقاييس أكثر من مرة على المجموعة نفسها قد يحدث أثر للممارسة ، بمعنى أن أفراد المجموعة يتكون لديهم خبرة بالمقياس عند التطبيق الأول وهذه الخبرة قد تؤثر على استجاباتهم في التطبيق الثاني ، وخبرة التطبيق الأول والثاني تؤثر على استجابات التطبيق الثالث وهكذا . ورغم التسليم بهذا العيب إلا أن آثاره يمكن التقليل منها إذا توفرت عدة شروط ومنها ما يلي :

- أن يتم إشراك أفراد المجموعة بحرية وأن يكون لديهم رغبة .
- مميزات التقويم المرحلي تجعلنا نقبل القياسات المتعددة خاصة في البرامج الإرشادية ، حتى يمكن التعديل والتحسين في كل مرحلة على حدة .

- فكرة انتقال أثر التعلم تظهر آثارها عند تكرار قياس القدرات والمهارات أكثر من قياس خصائص انفعالية . ومع ذلك فإن الهدف العام الإنساني في المجالين عند تنفيذ البرامج هو التعديل والتحسين حتى ولو تم ذلك بانتقال أثر التعلم .

جـ- الاعتماد على مجموعة واحدة يقلل من الصدق الخارجي ، حيث يصعب تعميم نتائج البرنامج على حالات أخرى متشابهة ، ومع ذلك يمكن التقليل من هذا العيب إذا تم تطبيق إجراءات البرنامج على حالات متشابهة ، فإذا أعطى نتائج قريبة فهذا يدل على زيادة الصدق الخارجي وإمكانية التعميم .

3- تصميم المجموعات Group design :

تصميم المجموعات هو التصميم الذي يعتمد على أكثر من مجموعة ، وهذا النوع يتضمن تصميمات فرعية كثيرة نذكر منها :

أ- مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة .

ب- أكثر من مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة .

جـ- أكثر من مجموعة تجريبية بدون مجموعة ضابطة .

وبالنسبة للقياسات : يمكن أن يتم قياس قبلي وقياس بعدي ، ويمكن أن تتعدد القياسات، وأيضاً يمكن أن يتم تدخل علاجي واحد ، ويمكن أن تتعدد التدخلات العلاجية بتعدد المجموعات .

ولكي يزداد فهمنا لتصميم المجموعات نوضح بعض أنواع تصميماته كالتالي :

أ- المجموعة التجريبية في مقابل المجموعة الضابطة :

المجموعة التجريبية Experimental group هي : التي يتلقى أفرادها البرنامج ، من خلال جلسات أو تعيينات خارجية (الواجبات المنزلية) أو من خلال أنشطة مدرسية غير متضمنة في المنهج الدراسي (أنشطة لاصفية) ، أو من خلال توظيف المنهج الدراسي نفسه في تحقيق أهداف إرشادية .

المجموعة الضابطة Control group هي : التي لا يتلقى أفرادها أي نوع من البرامج خلال الفترة الزمنية التي يتم فيها تنفيذ جلسات البرنامج على المجموعة التجريبية . وتستخدم لتقدم لنا مدى الفروق بين أفرادها وأفراد المجموعة التجريبية للتأكد من فعالية البرامج .

ب- طرق اختيار أفراد المجموعات :

يمكن تصميم المجموعات بطريقة عشوائية أو بطريقة مقصودة ، في الطريقة العشوائية، يترك الخيار للأشخاص لاختيار المجموعة واختيار نوع البرنامج ، أو اختيار إحداهما فقط . أما في الطريقة المقصودة: يقوم المرشد النفسي (أو الباحث) بتوزيع أفراد كل مجموعة واختيار نوع البرنامج لكل مجموعة.

في بعض الحالات يصعب توفير الضبط المطمئن بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة ، وللتقليل من مشاكل الضبط هذه يمكن استخدام طريقة التناظر بين الأفراد في المجموعتين ، ولتنفيذ هذه الطريقة يتطلب وضع شخص في المجموعة التجريبية ووضع شخص آخر متشابهاً معه بدرجة كبيرة في المجموعة الضابطة وذلك في ضوء عدد محدود من المتغيرات مثل : الجنس ، العمر ، شدة المشكلة ، حجم الأسرة ، المستوى الاقتصادي والاجتماعي ، تلقي أنواع من العلاجات أو البرامج في الماضي . ورغم مميزات طريقة التناظر بين الأفراد إلا أن مشاكلها تظهر في حالات مثل :

الحالة الأولى : عندما لا يتساوى حجم العينة في المجموعتين ويترتب على ذلك وجود شخص أو أكثر في مجموعة ولا يوجد ما يناظره في المجموعة الأخرى .

الحالة الثانية : قد يتساوى حجم العينتين ولكن لا تتحقق الشروط التي يتم في ضوئها التناظر بدرجة كبيرة لدى معظم الأشخاص .

الحالة الثالثة : تزداد صعوبة تحقيق التناظر إذا اعتمدنا على أكثر من مجموعتين ، إذ يصعب وضع شخص في مجموعة ووضع اثنين أو أكثر متناظرين معه في المجموعات الأخرى .

تحديد عدد ونوع المجموعات :

يتم تحديد عدد المجموعات ونوعها (تجريبية وضابطة) في ضوء التصميمات التجريبية وطبيعة البرنامج : فيمكن أن يشتمل التصميم على مجموعتين: الأولى تجريبية يطبق عليها البرنامج والثانية ضابطة لا تتلقى البرنامج، ويمكن أن تزيد المجموعات التي تتلقى العلاج إلى اثنين أو ثلاثة أو أكثر، ويمكن اشتقاق مجموعتين تجريبيتين من مجموعة تجريبية رئيسية ويقدم لكل منهما برنامجاً مختلفاً .

في حالة وجود أكثر من متغير مستقل يفضل في هذه الحالة أن يصمم لكل متغير مجموعة تجريبية ، ويترك الخيار بأن يصمم مجموعة ضابطة واحدة ، أو يكون لكل مجموعة تجريبية مجموعة ضابطة مقابلة ، وفي بعض الحالات لا يصمم مجموعة ضابطة وتصبح كل مجموعة تجريبية بمثابة مجموعة ضابطة للأخرى .

ومن أمثلة الدراسات التي اعتمدت على تصميم مجموعتين تجريبيتين فرعيتين ، الدراسة التي قام بها المؤلف (محمد سعفان ، 2001) بهدف قياس فعالية الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي والعلاج القائم على المعنى في خفض الغضب (كحالة وكسمة) لدى عينة من طالبات الجامعة . تم تنفيذ البرنامج من خلال (16) جلسة بواقع جلستين أسبوعياً ، على أربع مراحل كالآتي :

1- تم تنفيذ المرحلتين (الأولى والثانية) على أفراد المجموعتين التجريبيتين في جلسات مشتركة ، وذلك لعرض الموضوعات المرتبطة بمشكلة الغضب وتقييمها . عدد الجلسات (4).

2- تم تنفيذ المرحلة الثالثة بعد تقسيم أفراد العينة التجريبية إلى مجموعتين تجريبيتين فرعيتين ، تلقت الأولى جلسات البرنامج العقلاني الانفعالي ، وتلقت الثانية جلسات البرنامج القائم على المعنى . وقد تم تقسيم جلسات كل برنامج على ثلاثة محاور كالآتي :

محاور جلسات البرنامج العقلاني الانفعالي :

المحور الأول : مناقشة الأفكار اللاعقلانية العامة . عدد الجلسات (5) .

المحور الثاني : مناقشة بعض أساليب التفكير اللامنطقي . عدد الجلسات (2) .

المحور الثالث : مناقشة الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالغضب مع وضع خطة عمل لمواجهة الغضب . عدد الجلسات (3) .

محاور جلسات البرنامج القائم على المعنى :

المحور الأول : الاستبصار الوجودي وتحسين الاتجاهات . عدد الجلسات (2) .

المحور الثاني : التسامي بالذات من خلال اكتشاف وتحقيق المعنى.عدد الجلسات (4) .

المحور الثالث : التعامل مع الغضب . عدد الجلسات (4) .

3- تم تنفيذ المرحلة الرابعة مشتركة بين المجموعتين ، وفيها تمت مناقشة أهم التغييرات التي حدثت بعد الانتهاء من تنفيذ البرنامج وذلك من خلال مناقشة جماعية حرة وأيضاً من خلال إعادة التقييم الذاتي للغضب ، وتم إعادة تطبيق مقياس الغضب كحالة وكسمة على أفراد المجموعتين كما تم الاتفاق على موعد الدراسة التتبعية .

في ضوء ما سبق فإن كل مجموعة قد تلقت (16) جلسة إرشادية ، منها (6) جلسات مشتركة و (10) جلسات مستقلة . كما تم استخدام تصميم قياسات (ق1 ع1 ق2) .

د- تصميمات مختلفة القياسات والتدخلات :

أشرنا عند الحديث عن المجموعة التجريبية الواحدة إلى إمكانية استخدام أكثر من طريقة للقياس ، وأن استخدام طريقة ما يعتمد على نوع التصميم التجريبي المستخدم في الدراسة ، وكان من أنواع التصميمات : (ع ق1) ، (ق1 ع ق2) (ق1

ع1 ق2 ع2 ق3) ، هذه التصميمات مختلفة القياسات تستخدم أيضاً في حالة تصميم المجموعات .

ونضيف إلى ما سبق أنواع أخرى من التصميمات وهي كما يلي :

1- تصميم متعدد التدخلات بتعدد المشكلات :

عند وجود أكثر من مشكلة ، وتكون هناك حاجة لأكثر من تدخل لعلاجها ، فإننا نعتمد على هذا التصميم ، لعلاج كل سلوك على حدة ، ويقاس أثر التدخل لكل سلوك على حدة .

ومن الأمثلة التي توضح ذلك :

مشكلة الشعور بالذنب : تدخل قائم على إعادة الفهم .

مشكلة الوساوس : تدخل قائم على تعديل السلوك .

مشكلة الغضب : تدخل قائم على علاج ديني .

2- تصميم قائم على التدخل التدريجي :

في بعض الحالات التي يوجد فيها مشكلة تحتاج إلى علاج بشكل متكرر وتدريجي ، فإننا نستخدم التدخل التدريجي بهدف تعديل سلوك مثل مشكلة التدخين أو إكساب سلوك إيجابي مثل المهارات الاجتماعية (مشكلة العزلة الاجتماعية) . ومن الممكن استخدام التقويم المرحلي لمعرفة مدى التحسن في كل مرحلة من مراحل تنفيذ البرنامج .

قضايا متعلقة بالتصميم التجريبي :

نعرض في هذا الجزء لبعض القضايا المنهجية المتعلقة بالتصميم التجريبي، حتى نبحث عن حلول لها عند وجودها ، والقضايا هي كما يلي :

القضية الأولى : ماذا لو أن المتغير المستقل قد تحسن ولم يحدث تحسن في المتغير التابع .

القضية الثانية : ماذا لو أن المتغير المستقل لم يتحسن في حين حدث تحسن في المتغير التابع .

القضية الثالثة : ماذا لو حدث تحسن للمجموعتين : التجريبية والضابطة في القياس البعدي .

القضية الرابعة : على الجانب الأخلاقي : هل وضع مجموعة من الأشخاص يعانون من اضطراب انفعالي أو مشكلة سلوكية في مجموعة ضابطة لأغراض ضبط تجريبي فقط يكون مقبولاً أخلاقياً ، أم الأفضل أن يستفيدوا مثل أشخاص المجموعة التجريبية من البرنامج حتى ينخفض اضطرابهم أو تحل مشكلاتهم ، البعض يقدم حلاً لهذه القضية باستخدام طريقة (قوائم الانتظار) بمعنى أنه عند الانتهاء من تنفيذ البرنامج مع المجموعة التجريبية والتحقق من فعالية البرنامج أو فروض الدراسة يمكن تقديم البرنامج للمجموعة الضابطة ، ورغم أن هذا الحل مقبول إلا أن تنفيذه صعب ؛ لأن الباحث أو المرشد بمجرد الانتهاء من تنفيذ البرنامج يوجه اهتمامه لقضايا أخرى .

مميزات وعيوب تصميم المجموعات :

نشير في هذا الجزء إلى أهم مميزات وعيوب تصميم المجموعات كالتالي :

1- مميزات تصميم المجموعات :

أ- استخدام تصميم المجموعات يحقق الصدق الخارجي للنتائج وبالتالي يمكن تعميمها واستخدام البرنامج الإرشادي نفسه مع حالات أخرى مشابهة .

ب- استخدام المجموعة الضابطة في تصميم العجموعات يؤكد لنا أن النتائج التي تحققت ترجع إلى البرنامج ولا ترجع إلى عوامل أخرى مثل زيادة النمو أو تغيرات خارجية مثل المناهج الدراسية أو وسائل الإعلام ... الخ .

2- عيوب تصميم المجموعات :

أ- في حالة استخدام مجموعة ضابطة في التصميم التجريبي ، فإن هذه المجموعة قد تفيد في المقارنة في حالة البرامج القصيرة ، أو في حالة المراحل الأولى فقط في البرامج الطويلة ، أما في حالة البرامج الطويلة فهي لا تفيد نظراً لتعرضها لعوامل كثيرة : مثل تلقي علاج من الخارج أو التعرض لظروف صحية أو تغيير مكان الإقامة أو العمل أو عوامل أخرى .

ب- في حالة استخدام أكثر من مجموعة فإن المرشد النفسي (أو الباحث) لا يهتم كثيراً بوجهة نظر الحالة عند اختيار البرنامج أو التصميم التجريبي ، كما يحدث في تصميم دراسة الحالة أو في تصميم المجموعة الواحدة .

والخلاصة في هذا الجانب أن المرشد النفسي يختار التصميم البحثي المناسب لخصائص المسترشدين وطبيعة المشكلة وطول مدة البرنامج ثم يحدد مميزات هذا التصميم ويؤكد عليها ويحدد عيوبه ويحاول التقليل من آثاره ؛ لأن القاعدة هنا : لا يوجد تصميم واحد يصلح في كل الحالات .

4- اختيار محتوى البرنامج الإرشادي :

في البداية نشير إلى أن القائم بالتخطيط لمحتوى البرنامج الإرشادي يستمد هذا المحتوى من مصادر متعددة مثل :

أ- المواد الدراسية وهي ثرية بموضوعاتها وتطبيقاتها ، وعلى سبيل المثال يمكن الاعتماد على كتب التربية الدينية في تكوين برنامج إرشادي يهدف إلى تنمية الحكم الخلقي ويمكن الاعتماد على مادة الجبر في بناء برنامج إرشادي يهدف إلى تنمية التفكير المنطقي ... الخ .

ب- الكتب والمراجع العلمية المرتبطة بموضوع الدراسة .

جـ- البحوث والدراسات السابقة في مجال الدراسة .

د- النشرات والتقارير التي تنشرها المراكز والمؤسسات العلمية .

في ضوء المصادر السابقة يمكن اختيار محتوى البرنامج الإرشادي ونشير إليه على النحو التالي :

أبعاد محتوى البرنامج الإرشادي :

يتكون محتوى البرنامج الإرشادي من أبعاد ثلاثة هي : المعارف والعمليات العقلية والأنشطة والمهارات ونشير إلى كل بعد على حدة كالآتي :

البعد الأول : المعارف والعمليات العقلية :

تقوم فكرة الأهداف المعرفية على أن العوامل المعرفية تتفاعل مع الشعور والسلوك لإنتاج الأعراض ، وبالتالي إذا أمكن تعديل هذه المعارف أمكن علاج المشكلة ، وفي ضوء هذا التوجه يكون محتوى البرنامج المعرفي كما يلي :

- استخلاص الأفكار والإحساسات والمشاعر السلبية وتعديلها .
- التعامل مع الاتجاهات الخاطئة أو المشوهة وتعديلها .
- استخراج الدوافع والاتجاهات اللاشعورية الكامنة وفهمها ثم تعديلها .
- استخراج ذكريات خاصة لإعادة فهمها بطريقة أخرى .
- إعادة تكوين معنى جديد تجاه مواقف الحياة الحدية مثل الألم والمرض والذنب والموت .

هدف المرشد النفسي في كل الحالات السابقة مساعدة المسترشد على إعادة البناء المعرفي لديه بمعارف جديدة إيجابية تتعلق بالمشكلة وأسبابها وآثارها وفهم البدائل السلوكية المتاحة والتي لم تستغل من قبل ، وتكوين اتجاهات جديدة نحو نفسه ونحو الآخرين ونحو مواقف الحياة .

في بعض الحالات يكون مصدر المشكلة هو ممارسة أساليب لامنطقية مثل المبالغة والتعميم والتفكير في اتجاه واحد ، في هذه الحالات يتم التركيز على تدريب المسترشد على أساليب منطقية بديلة مثل المرونة والتوازن والتركيز على الإيجابيات وممارسة الاستدلال في التفكير ... الخ .

البعد الثاني : الأنشطة :

الأنشطة التي يتضمنها البرنامج الإرشادي قد تكون أنشطة صفية أو أنشطة لاصفية ويمكن أن تقوم على الأداء أو تقو. على اللفظ وقد تؤدي بشكل فردي أو بشكل جماعي .

ومن أمثلة الأنشطة التي يمكن أن يتضمنها البرنامج . تمرينات المشي والاسترخاء والجلوس – والأنشطة الترفيهية والرياضية – وتمرينات المقعد الخالي الذي يتخيل فيه المسترشد (وهو يجلس على المقعد) أنه يتحدث إلى الشخص الذي سبب له المشكلة ويقول له مالم يستطع قوله له مباشرة – وعند إعادة تهيئة العقل يتم تدريب المسترشد على التفكير الهادئ والتركيز على شيء واحد لفترة زمنية محددة.

- اصطحاب الأب لابنه إلى المسجد عند صلاة الجمعة لإكسابه القيم الدينية وتأصيلها .
- اصطحاب الطفل إلى الحدائق العامة والمتاحف لتنمية التذوق الفني لديه .
- تجمع أفراد الأسرة والأقارب في مناسبات لتقوية التفاعل الاجتماعي لدى المراهق .
- اللعب مع الأطفال الآخرين لتنمية الثقة بالنفس لدى الطفل .

بطاقة وصف الأنشطة :

من الممكن وصف النشاط المطلوب إنجازه في بطاقة تعرف ببطاقة الأنشطة كما يتضح في جدول (2) .

جدول (2): وصف بطاقة أنشطة يتضمنها برنامج إرشادي يهدف إلى تنمية الاستقلال النفسي لدى الأطفال :

الهدف الإرشادي الخاص	الهدف الإرشادي الفرعي	رقم الجلسة الإرشادية	عدد الأنشطة المقترحة لتحقيق الهدف الفرعي	السمة القياسية
تنمية الاستقلال النفسي	تنمية الثقة بالنفس	4	3	1- حضوره النادي الصيفي مع أحد أفراد الأسرة لمشاهدة مباراة لكرة القدم. 2- حضوره النادي الصيفي بمفرده لمشاهدة مباراة لكرة القدم . 3- الاشتراك مع فريق النادي لأداء مباراة في كرة القدم .

البعد الثالث : المهارات :

يقوم أداء المهارة على المعارف والأنشطة ومن أمثلة المهارات التي يمكن أن يتضمنها البرنامج الإرشادي المهارات الاجتماعية (مثل مهارة التحدث أمام الآخرين) ومهارات التعبير عن الأفكار ومهارات القراءة والكتابة ومهارات البيع والشراء ومهارة اتخاذ القرار ... الخ .

الإجراءات العملية التدريبية للمهارات :

تشتمل الإجراءات العملية التدريبية للمهارات على الخطوات التالية :

تحديد المهارة ، تحليل المهارة ، الهدف من المهارة ، مراحل تحقيق الهدف من المهارة ، وصف السلوك الإجرائي للمرشد النفسي (أو فريق العمل) والمسترشد. ونعطي مثالاً يوضح هذه الإجراءات في مجال تعليم الأطفال مهارات السلوك الاجتماعي .

أ- تحديد المهارة :

ممارسة السلوكيات الاجتماعية الإيجابية .

ب- تحليل المهارة :

1- البدء بالمحادثة مع الآخرين .

2- النظر إلى الآخرين عند المحادثة إليهم .

3- الاستماع إلى الآخرين .

4- المشاركة مع الآخرين في أداء عمل .

5- إخبار الآخرين عن ذاته .

6- التعبير عن المشاعر السلبية والإيجابية .

7- الاستفسار عن اهتمامات الآخرين ورغباتهم .

8- الاستفسار عما يريده الشخص الآخر أو يحتاجه .

9- الاعتذار للآخرين .

10- الانسجام مع الآخرين .

11- مساعدة الآخرين . (محمد عبد الرحمن ، منى حسن ، 2003 ، 150)

يتم وضع خريطة للسلوكيات الاجتماعية كالآتي :

المجموعة الأولى تضم السلوكيات 1 ، 2 ، 3 .

المجموعة الثانية تضم السلوكيات 4 ، 5 ، 6 .

المجموعة الثالثة تضم السلوكيات 7 ، 8 ، 9 .

المجموعة الرابعة تضم السلوكيات 10 ، 11 .

إجراءات مطلوبة عند تنفيذ خريطة السلوكيات الاجتماعية:

الجزء الأول: قيم تنفيذ سلوكيات كل مجموعة في جلسة إرشادية .

الجزء الثاني: عند الانتقال إلى تنفيذ مهام المجموعة الثانية يتم التأكيد على الاستمرار في ممارسة مهام المجموعة أو المجموعات السابقة .

جـ- الهدف من المهارة :

تنمية مهارات السلوك الاجتماعي الإيجابي للأطفال المنعزلين اجتماعياً لتحسين علاقاتهم مع الأقارب والأقران .

د- مراحل تحقيق الهدف :

1- تقديم معارف حول السلوك الاجتماعي وأهميته .

2- اشتراك الطفل مع الأسرة في أداء مهارات السلوك الاجتماعي داخل المنزل وعند عمل زيارات أسرية .

3- اشتراك الطفل مع المعلم في أداء مهارات السلوك الاجتماعي داخل الفصل وخارجه .

4- قيام الطفل بأداء المهارات بتوجيهات لفظية من المرشد النفسي .

5- قيام الطفل بأداء المهارات دون أي مساعدة أو توجيهات من أحد .

هـ- وصف السلوك الإجرائي للمرشد النفسي خلال مراحل تحقيق الهدف .

1- سلوك المرشد النفسي في المرحلة الأولى للهدف :

أ) يقدم المرشد النفسي المعارف المرتبطة بالسلوك الاجتماعي وآثاره .

هذه الخطوة تتطلب من المرشد النفسي مناقشة الطفل بأسلوب يفهمه بأن لديه بعض الصعوبات في الانسجام مع الآخرين ، وأنه يرغب فى مساعدته لينسجم مع الآخرين بشكل أفضل . بعد ذلك يحدد المرشد النفسى السلوكيات الاجتماعية المحددة التى يجب أن يتعلمها الطفل (راجع تحليل المهارة) ، والآثار الإيجابية التى ستترتب على ذلك بالمقارنة بالآثار السلبية التى يعانى منها الطفل نتيجة العزلة الاجتماعية .

ب- يقدم المرشد النفسى نموذجا عمليا لمهارة السلوك الاجتماعى من خلال عرض شريط فيديو يتضمن أشكال السلوك الاجتماعي الإيجابى فى المدرسة وفى المنزل والآثار الإيجابية التى ترتبت عليه .

جـ- يقوم المرشد النفسى بأداء وتمثيل فعلى للسلوكيات الاجتماعية المستهدفة مع التأكد من ملاحظة الطفل لها حتى يتعرف عليها ، ثم يطلب من الطفل أداء الأدوار نفسها ، وبعد الأداء والشرح يتوقع فهم الطفل لهذه الأدوار ، وفى هذه الخطوة يمكن إعادة أداء السلوك أكثر من مرة حتى يفهم الطفل كيفية أداء السلوك .

2- سلوك المرشد النفسى فى المرحلة الثانية :

يقوم المرشد النفسى بتوزيع الأدوار على أفراد الأسرة لإتاحة الفرص أمام الطفل لممارسة السلوك الاجتماعي داخل المنزل وخارج المنزل .

3- سلوك المرشد النفسى فى المرحلة الثالثة :

يقوم المرشد النفسى بتوزيع الأدوار على المعلم وبعض التلاميذ فى الفصل لإتاحة الفرص أمام الطفل لممارسة السلوك الاجتماعي داخل الفصل وداخل المدرسة وعند عمل رحلات ترفيهية وعلمية .

فى المرحلتين الثانية والثالثة : يشرح المرشد النفسى للمعلم وللوالدين أنواع السلوكيات الاجتماعية وكيف تؤدى والآثار المترتبة عليها ، مع التأكيد على حث الطفل على أداء هذه السلوكيات وتعزيزة ماديا أو معنويا عند الأداء بشكل جيد . ويسمح للمعلم وللوالدين بإضافة مواقف أخرى غير المخطط لها ، حتى يوفر فرصاً جيدة إضافية لممارسة السلوكيات الاجتماعية .

4- سلوك المرشد النفسى فى المرحلة الرابعة :

يطلب المرشد النفسى من الطفل أداء سلوكيات المهارة الاجتماعية مع تقديم توجيهات لفظية له وعمل تغذية راجعة عند أداء كل سلوك لتحديد مدى التقدم فى تنفيذ السلوك .

5- سلوك المرشد النفسي في المرحلة الخامسة :

يقتصر دور المرشد في هذه المرحلة على تخطيط العمل وتوزيعه على الطفل ويتركه يقوم بأداء السلوكيات الاجتماعية دون تدخل منه إلا عند الضرورة .

و- وصف السلوك الإجرائي للطفل خلال مراحل تحقيق الهدف :

1- سلوك الطفل في المرحلة الأولى للهدف :

في هذه المرحلة يقتصر دور الطفل على الاستماع للمرشد النفسي ومشاهدة شريط الفيديو ، وطرح الأسئلة على المرشد النفسي حول السلوك الاجتماعي والإجابة عن الأسئلة التي يطرحها المرشد النفسي عليه للتأكد من مدى فهمه لما يطرح عليه ويشاهده .

2- سلوك الطفل في المرحلة الثانية :

يقوم الطفل في هذه المرحلة بأداء الأدوار التي تطلب منه مع الوالدين والأخوة والأقارب والأصدقاء داخل المنزل أو خارجه .

3- سلوك الطفل في المرحلة الثالثة :

يقوم الطفل في هذه المرحلة بأداء الأدوار التي تطلب منه مع المعلم ومع زملاء الفصل داخل الفصل وخارجه .

4- سلوك الطفل في المرحلة الرابعة :

يقوم الطفل في هذه المرحلة بأداء السلوكيات الاجتماعية في مواقف اجتماعية خاصة خطط لها المرشد النفسي ونقصد بالمواقف الخاصة هنا المواقف التي يصعب على الطفل التفاعل فيها . مثل اللعب مع أطفال يرفضونه ، في مثل هذه المواقف يتعلم الطفل أن يسلك سلوكاً اجتماعياً ليؤثر فيهم من ناحية كما يتعلم مهارة الرفض والاعتذار من ناحية أخرى إذا كان الطفل يشعر بالضغط والإلحاح من الأطفال الآخرين لفعل سلوك غير جيد ، ونقصد بالمواقف الخاصة أيضاً اشتراك الطفل في الأنشطة الجماعية مثل جماعة الكشافة وجماعة الفنون ... الخ . مع الاستعانة بتوجيهات المرشد النفسي .

5- سلوك الطفل في المرحلة الخامسة :

يقوم الطفل في هذه المرحلة بأداء السلوكيات الاجتماعية في المواقف الخاصة التي خطط لها المرشد النفسي دون تدخل من المرشد النفسي .

ملاحظات :

ملاحظة (1) : لا يشترط أن يؤدي الطفل السلوكيات الاجتماعية جميعها في الموقف ولكن أداء معظمها في الموقف يكفي للحكم على الطفل بأداء السلوكيات الدالة على تحسن الأداء ، ومن أمثلة ذلك أنه لا يطلب من الطفل في كل موقف إخبار الآخرين عن ذاته أو الاعتذار للآخرين ولكن يحدث ذلك إذا تطلب الموقف منه أن يقوم به .

ملاحظة (2) : يؤدي الطفل السلوكيات الاجتماعية في مواقف متكررة ، وتكرار المواقف يهيئ الفرص للطفل لأداء السلوكيات التي لم يؤدها من قبل .

ملاحظة (3) : يستخدم كل من المرشد النفسي والوالدين والمعلم والطفل مقياساً متدرجاً من ثلاثة تقديرات (إطلاقاً – بدرجة متوسطة – بدرجة كبيرة) حتى يتم تقييم أداء المهارة .

وسائل وأدوات تنفيذ محتوى البرنامج :

من الوسائل التي تستخدم في تنفيذ محتوى البرنامج الإرشادي : الكتب والمجسمات والصور والتسجيلات والكمبيوتر والإنترنت والرحلات والتمثيليات .

ومن الأدوات المستخدمة في تنفيذ محتوى البرنامج الإرشادي : الدراجات والأحبال والأقلام والأوراق .

5- تحديد الإجراءات التنظيمية للبرنامج الإرشادي :

تشمل الإجراءات التنظيمية تحديد مراحل البرنامج ، والجدول الزمني لتنفيذ البرنامج، والمكان الذي ينفذ فيه البرنامج والمشاركين في تنفيذ البرنامج ، وتحديد طريقة نشر النتائج وتحديد ميزانية البرنامج . ونشير إلى كل إجراء باختصار كالآتي :

أ- تحديد مراحل البرنامج :

يقسم البرنامج بشكل عام إلى أربع مراحل ، ويمكن تقسيم كل مرحلة إلى مراحل فرعية حسب طبيعة الأهداف المراد تحقيقها وخصائص المسترشد ، ونوع الاستراتيجية المستخدمة . أما المراحل العامة للبرنامج فهي كما يلي :

المرحلة الأولى : تبدأ بالتعارف وإعادة الاستبصار بالمشكلة وآثارها وتهيئة المسترشد لتنفيذ البرنامج وتوزيع الأدوار ومناقشة التوقعات .

المرحلة الثانية : في هذه المرحلة يتم التركيز على تنفيذ استراتيجيات عملية قائمة على المعارف والعمليات العقلية والأنشطة والمهارات (محتوى البرنامج) .

المرحلة الثالثة : يتم في هذه المرحلة توفير معارف وعمليات عقلية ونشاطات ومهارات أكثر تعقيداً ، مع توفير فرص ومواقف للمسترشد لتوظيف ما تم تعلمه في المرحلة الثانية وهذه الفرص والمواقف قد تتم داخل الجلسة أو خارج الجلسة ، وهذه المرحلة يتضح فيها فعالية البرنامج الإرشادي بشكل واضح كما يتم انتقال أثر التعلم إلى مواقف الحياة الفعلية .

المرحلة الرابعة : إنهاء البرنامج الإرشادي Termination of counseling programe في هذه المرحلة ينهي المرشد النفسي البرنامج الإرشادي بعد الانتهاء من تحقيق الأهداف أو بعد انتهاء الفترة الزمنية المحددة للبرنامج ، وفي هذه المرحلة يقوم المرشد النفسي بتقويم البرنامج (القياس البعدي) وإعداد التقرير النهائي للبرنامج ، ويمكن أن يخطط المرشد النفسي مع المسترشد على إجراء دراسة تتبعية واحدة أو أكثر ، ويتبعها تقارير أخرى تشير إلى استمرار التحسن أو توقفه أو حدوث انتكاسة .

ب- الجدول الزمني لتنفيذ البرنامج :

يتم التنفيذ العملي للبرنامج وفقاً لجدول زمني ، يتضح فيه عدد الجلسات الكلية والفترة الزمنية للبرنامج وعدد الجلسات في كل أسبوع وزمن كل جلسة ، كما يظهر في جدول (3) .

جدول (3) : نموذج لجدول زمني لتنفيذ برنامج إرشادي :

الأهداف الخاصة	الأهداف الفرعية للهدف الخاص	عدد الجلسات اللازمة لتحقيق الهدف الفرعي	ترتيب الجلسات التي يتحقق فيها الهدف الفرعي	زمن كل جلسة	عدد الجلسات في الأسبوع	
					الأسبوع	العدد
1	أ-	1	1	40	الأول	2
	ب-	2	2	45	الثاني	3
			3	45		
2	جـ	2	4	45	الثالث	3
	د-	2	5	45		
	هـ	2	6	50	الرابع	1
			7	45		
			8	50		
			9	50		

جـ- المكان الذي ينفذ فيه البرنامج الإرشادي :

من المهم عند التخطيط للبرنامج الإرشادي أن يتم تحديد المكان الذي ينفذ فيه البرنامج ، والأماكن التي تُجرى فيها عملية الإرشاد هي :

1- تقديم البرنامج في عيادة الإرشاد النفسي أو مركز للإرشاد النفسي ، (برامج الإرشاد النفسي) ويتم ذلك عندما تكون الجهود موجهة إلى المسترشد ومشكلته ، وفي بعض الحالات يتم الاعتماد على أشخاص مهمين لجمع معلومات محددة عن المسترشد أو تقديم مساعدة للمرشد النفسي أو فريق العمل في المركز الإرشادي ولكن في كل الأحوال فإن الوقت المطلوب يكون أقل والمساعدة

المطلوبة أيضاً تكون أقل مما هو مطلوب من هؤلاء المشاركين في البرنامج المعتمد على المركز الإرشادي أو العيادة الإرشادية ذلك بالمقارنة بالأشكال الأخرى التي أشرنا إليها .

2- تقديم البرنامج الإرشادي في الفصل الدراسي أو المدرسة ، (برامج الإرشاد النفسي التربوي) ويتم ذلك في حالات علاج مشكلات مرتبطة بالجانب الأكاديمي (مثل التأخر الدراسي) أو مشكلات نفسية واجتماعية أخرى مرتبطة بالمدرسة .

3- تقديم البرنامج الإرشادي في مكان عمل المسترشد (برامج الإرشاد النفسي المهني ، في المصنع أو المؤسسة ... الخ) ويحدث هذا عندما تكون هناك حاجة لتقديم خدمات إرشادية مهنية .

4- تقديم البرنامج الإرشادي في المنزل ، (برامج الإرشاد النفسي الأسري) ويتم ذلك عندما تكون هناك حاجة إلى خدمات مساعدة من الوالدين ، أو تكون الحاجة إلى تقديم الخدمات للوالدين ، من هنا يكون جزء من البرنامج أو كله يعتمد في تنفيذه على أفراد الأسرة كمستفيدين أو مشاركين في تنفيذ البرنامج في المنزل .

د- المشاركون في البرنامج :

يشترك في البرنامج فريق عمل من مختلف التخصصات وذلك حسب نوع الخدمات التي يقدمها البرنامج وهم : الأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي وطبيب المدرسة والمعلم ومدير المدرسة . وقد يشترك في البرنامج أشخاص لهم مكانة وأهمية عند المسترشد مثل رجال الدين والأصدقاء وشخصيات أخرى لها مكانة عند المسترشد . وفي بعض الحالات يتم إشراك خبراء في الفنيات والتكنولوجيا عندما تستخدم الوسائل والأدوات في تنفيذ الأنشطة . وقد يتم إشراك أخصائيين في مجال التربية الخاصة مثل أخصائيي التخاطب ، وأخصائيي العلاج الطبيعي . وقد يشترك الوالدين والأخوة في البرنامج باعتبار أن لديهم معرفة وخبرة بمشكلة ابنهم ولديهم القدرة على تحديد ما هو مناسب وما هو غير مناسب لابنهم .

يؤدي المشاركون في تنفيذ البرنامج أدوارهم تحت إشراف المرشد النفسي باعتباره المسئول الأول عن تخطيط البرنامج وتنفيذه وتقويمه .

هـ- تحديد طريقة نشر النتائج :

يمكن اختيار طريقة أو أكثر من طرق نشر النتائج التالية :

أ- نشر كتيب يتضمن النتائج .

ب- تسجيلات يوضح عليها الإجراءات والنتائج .

جـ- النشر في مجلات علمية متخصصة أو في مؤتمرات علمية في مجال البحث .

و- تحديد ميزانية البرنامج :

في ضوء الخطوات السابقة يصبح من السهل على المرشد النفسي باعتباره القائم على تخطيط البرنامج وتنفيذه وتقويمه (بالاشتراك مع المشاركين في تنفيذ البرنامج) أن يحدد ميزانية البرنامج وهي توزع في الغالب على عدة بنود كالتالي :

أ- جزء موجه لشراء الوسائل والأدوات والأجهزة اللازمة والمطبوعات .

ب- جزء موجه للمشاركين في البرنامج .

جـ- جزء موجه للمستفيدين من البرنامج (المسترشدون) .

د- جزء موجه للتنقلات من مكان إلى آخر إذا تضمن البرنامج أنشطة خارج المكان المخصص للبرنامج .

هـ- جزء موجه لتقويم النتائج .

و- جزء موجه لنشر النتائج .

أما مصادر ميزانية البرنامج فهي تختلف باختلاف الجهة المسئولة عن البرنامج وهي قد تكون مؤسسات أو مراكز حكومية أو جمعيات أهلية وقد يقوم بالبرنامج باحث ضمن متطلبات عمله المهني وترقياته العلمية .

رابعاً : تنفيذ البرنامج الإرشادي وتقويمه وإنهاؤه :

يتضمن هذا الجزء الموضوعات التالية :

1- تنفيذ البرنامج الإرشادي .

2- تقويم البرنامج الإرشادي .

3- إنهاء الجلسات الإرشادية .

4- كتابة التقرير النهائي للبرنامج .

1- تنفيذ البرنامج الإرشادي :

في مرحلة تنفيذ البرنامج يتم اتخاذ الإجراءات اللازمة لتنفيذ كل ما تم التخطيط له من قبل مع المرونة في إجراء تعديلات على التخطيط إذا لزم الأمر .

ولكي يتم تنفيذ البرنامج الإرشادي بفعالية فإن هناك مسئوليات على المرشد النفسي يجب الالتزام بها حتى تتحقق هذه الفعالية ومن أهمها :

أ- إدارة الجلسة الإرشادية بفعالية .

ب- تنمية العلاقات الإنسانية بين المشاركين في البرنامج والمستفيدين منه .

جـ- جعل التعلم داخل الجلسة له مغزى ومتعة ، والمهم أن يشعر المشاركون في البرنامج والمستفيدون منه بذلك .

د- تهيئة المسترشدين للتفكير والعمل مع تدعيم الإيجابيات وتعديل السلبيات .

هـ- تقييم ما يدور في الجلسة الإرشادية وخارجها مع إدخال التعديلات إذا تطلب الأمر .

2- تقويم البرنامج الإرشادي :

يقصد بالتقويم تقدير قيمة الشيء أو إصدار حكم على شيء ، وتقويم البرنامج الإرشادي يقصد به إصدار حكم بشأن مدى فعالية البرنامج الإرشادي للاستمرار في تنفيذه أو إجراء تعديلات عليه بهدف تحسينه ورفع كفاءته ، ولذلك

نسعى عند تقويم البرنامج الإرشادي إلى تحديد سلبيات وإيجابيات البرنامج الإرشادي وقياس مدى تحقيقه للأهداف التي تم التخطيط لها والعائد الناتج منه ، ولكي يتم تحسين وتطوير البرنامج الإرشادي من خلال تقويمه يشترط أن يكون البرنامج مرناً يسمح بإجراء التعديلات في جوانبه المختلفة ، ونشير في هذا الجزء إلى الموضوعات المرتبطة بالتقويم الإرشادي .

أ- جوانب التقويم :

يشتمل التقويم على جوانب العملية الإرشادية الثلاثة وهي : المدخلات والمخرجات والإجراءات التي تحول المدخلات إلى المخرجات . ونشير إلى كل منها كالآتي :

1- المدخلات :

يقصد بمدخلات العملية الإرشادية كل المعلومات المتوفرة عن المسترشد ومشكلته والبيئة التي يعيش فيها والبيئة التي حدثت فيها المشكلة ، وأيضاً المشاركين في تنفيذ البرنامج وموارد وتكلفة البرنامج ومكان وزمان تنفيذ البرنامج والفترة الزمنية التي تم فيها تنفيذ البرنامج .

2- الإجراءات الإرشادية :

ويقصد بالإجراءات الإرشادية الأساليب والطرق والفنيات (الاستراتيجية) والمعارف والأنشطة والمهارات التي تقوم عليها والكيفية التي ينفذ بها البرنامج من خلال مراحل متلاحقة وتشمل الإجراءات أيضاً أداء المشاركين والمسترشدين ، وفي كل مرحلة يتم فيها توظيف الإجراءات المناسبة لإنجاز هدف أو عدة أهداف محددة ، ويتم تقويم الإجراءات كالآتي :

أ- هل ترتبط الإجراءات بالأهداف الخاصة والفرعية للبرنامج ؟

ب- هل تتميز الإجراءات بالبساطة والوضوح والفهم للقائمين على تنفيذ البرنامج والمستفيدين منه (المسترشدون) ؟

جـ- هل تقوم الإجراءات على الشرح والفعل ، أي على التوضيح والممارسات السلوكية ؟

د- هل يمكن تقويم الإجراءات وفقاً لمعايير أو محكات محددة ؟

3- المخرجات الإرشادية :

يقصد بالمخرجات الإرشادية مدى تحقيق الأهداف الإرشادية والتي تقاس بمدى التغيير والتحسين في السلوك المستهدف وآثار ذلك على جوانب شخصية المسترشد وعلى المحيطين به . ويعرف ذلك بالتقويم متعدد الأبعاد لنتائج الإرشاد multidimension evaluation of counseling outcome وهذا التوجه يتبناه المؤلف لأنه يُقوّم نتائج الإرشاد في جوانب متعددة على المدى القصير والمدى الطويل . وقد عرضت لهذا الموضوع في كتاب سابق (محمد سعفان ، 2001، جـ2 ، 314 – 324) وأقدم له ملخصاً على النحو التالي :

يمكن الحكم على مدى تحقيق الأهداف بعد تنفيذ التدخلات الإرشادية في ضوء أبعاد أربعة هي : النمائي ، السلوك المستهدف ، تأثير النتائج على المسترشد تأثير النتائج على الآخرين ونوضح كل بعد كما يلي :

أ- **البعد النمائي :** في هذا البعد يتم التقويم لمدى التغير والتطور الذي حدث في كل من : المعرفة والوجدان والخبرة للمسترشد .

ب- **بُعد السلوك المستهدف :** المقصود بالسلوك المستهدف هنا المشكلة أو الاضطراب ، وقد يكون المطلوب تحقيقه هدفاً أو أكثر من الأهداف التالية :

1- إيقاف السلوك غير المرغوب فيه .

2- التقليل من السلوك غير المرغوب فيه .

3- ضبط السلوك بحيث يتم في المكان والزمان المناسبين .

4- زيادة السلوك المرغوب فيه .

جـ- بُعد تأثير النتائج على المسترشد : يتم تقويم تأثير النتائج على المسترشد في ضوء تدرج تحسن النتائج من المهم (تحقيق السلوك المستهدف) إلى الأهم (تأثير ذلك على شخصية المسترشد) ويتم التحقق من ذلك عن طريق تقويم جوانب ثلاثة وهي :

1- مدى الخلو من المشكلة أو الاضطراب أو تقليلها أو ضبطها .

2- التلاؤم مع الموقف أو الظروف . إذا وصل التحسن عند هذا المستوى فقط فهذا دليل على التحسن ولكن قد ينخفض لدى المسترشد الدافعية وقد يسعى إلى خفض التوتر أو تجنب المشكلة على حساب ذاته ، وقد يتم التلاؤم مع استمرار الشعور بالسيطرة والقمع .

3- الإيجابية أو اللياقة النفسية وهي تؤكد على المرونة والانفتاح والابتكَار والعودة للاستمتاع بالحياة ، وهذا المستوى هو أفضل المستويات .

د- تأثير النتائج على الآخرين : نظراً لأن المرشد النفسي " كإنسان " يتشكل سلوكه بالمجتمع الذي يعيش فيه كان من المهم تقييم نتائج الإرشاد الخاصة بالمسترشد على الآخرين خاصة في مجال المشكلات التي لها طابع اجتماعي مثل مشكلات القلق الاجتماعي والمشكلات الأسرية ، والسلوك العدواني ... الخ .

ومن الأدلة على وجود تأثير إيجابي على الآخرين والتي نهتم بها عند التقويم ما يلي :

- تحمل المسئولية الاجتماعية .
- احترام حقوق الغير .
- التعامل مع الآخرين بثقة واحترام .
- معالجة الصراعات والخلافات مع الآخرين بأسلوب ناضج .
- التوازن بين الخلو إلى النفس والاختلاط بالغير .

- تنظيم السلوك في ضوء توقعات المجتمع وعاداته وتقاليده وقيمه ، على أن يتم هذا برغبة وفهم وليس بالإكراه والقمع .

ب- مراحل التقويم :

قد يتم التقويم بعد كل مرحلة إرشادية (أو كل جلسة إرشادية) ويعرف هذا بالتقويم المرحلي وقد يتم التقويم بعد الانتهاء من البرنامج ويعرف هذا بالتقويم النهائي . ونشير إلى كل نوع باختصار كالآتي : (محمد سعفان ، 2001 ، جـ2 ، 314-312)

1- التقويم المرحلي :

يتم التقويم المرحلي أثناء تنفيذ البرنامج الإرشادي ، والهدف منه التأكد من فاعلية التدخلات الإرشادية وتصحيح مسار إجراءات تنفيذ البرنامج الإرشادي أولاً بأول ، وهذا النوع من التقويم يكشف لنا مدى تحقيق الأهداف الفرعية . ويتم تقويم مدى تحقيق هذه الأهداف في ضوء الجوانب الآتية :

أ- مدى زيادة فهم المسترشد واستبصاره بمشكلته .

ب- مدى التحسن في حل المشكلة .

جـ- مدى التحسن في إيجابية المسترشد .

د- الأثر الإيجابي على المسترشد وعلى المحيطين به (خاصة مع المشكلات التي تعتمد على التفاعلات الاجتماعية) .

في ضوء ما سبق يتم اتخاذ قرار في اتجاه من الاتجاهات الآتية :

أ- الاستمرار في تنفيذ البرنامج .

ب- إعادة الجلسة بالإجراءات نفسها .

جـ- إعادة الجلسة مع تغيير بعض الإجراءات أو كلها .

د- إعادة النظر في ترتيب الأهداف .

هـ- توقف البرنامج والعودة إلى مرحلة ما قبل التنفيذ لمراجعة التشخيص والمعلومات التي تم في ضوئها التخطيط للبرنامج .

2- التقويم النهائي :

يتم التقويم النهائي بعد الانتهاء من تنفيذ البرنامج الإرشادي وهذا النوع من التقويم يكشف لنا مدى تحقيق الأهداف الخاصة للبرنامج ؛ ولذلك نسعى في التقويم النهائي للإجابة عن هذه الأسئلة (محمد سعفان ، 2001 ، جـ2 ، 314)

س1- ماذا تم تحقيقه ؟

س2- ماذا تبقى ولم يتحقق ؟

س3- ما أسباب عدم تحقيقه ؟

س4- هل يمكن تحقيقه ؟

س5- كيف يمكن تحقيقه ؟

وعند الإجابة عن الأسئلة السابقة نضع في اعتبارنا الأبعاد المختلفة للتقويم والتي تمت الإشارة إليها .

جـ- التحليل والتفسير والتلخيص :

البيانات التي يتم جمعها قبل التخطيط للبرنامج وأثناء تنفيذه وبعد الانتهاء من تنفيذه تخضع للتحليل والتفسير ثم التلخيص لكي تكون مفيدة ولها دلالة حتى يمكن الاعتماد عليها عند التقويم . والمقصود بالتحليل تقسيم وتصنيف الظاهرة إلى عناصرها أو أشكالها والإجابة عن أسئلة البحث ، والمقصود بالتفسير فهم دلالات النتائج في ضوء نظرية إرشادية أو نتائج البحوث والدراسات ، ويلي التحليل والتفسير تلخيص النتائج إلى الحد الذي يسمح بالاستفادة منها عند التقويم .

طرق تحليل البيانات :

يتم تحليل البيانات بالطريقة الكمية وبالطريقة الكيفية ، عند استخدام الطريقة الكمية يتم تحليل البيانات بالعمليات الإحصائية (الوسيط ، المتوسط ،

التكرارات ... الخ) . أما عند تحليل البيانات بالطريقة الكيفية يتم ذلك بطريقة أو أكثر من الطرق الآتية :

أ- العرض الروائي : ترتيب المعلومات زمنياً في هيئة قصة .

ب- التفسير : الوقوف على المعاني والأسباب .

جـ- عبر الحالات : التركيز هنا يكون على الاختلافات في الظاهرة لدى الشخص نفسه أو لدى الشخص بالمقارنة بشخص آخر .

د- مؤشرات الأداء :

تتحدد مؤشرات الأداء التي تستخدم في التقويم في ضوء الموضوع أو الجانب الذي يتم تقويمه والهدف من التقويم ، ومن أهم مؤشرات الأداء في الإرشاد النفسي :

1- قوة الدلالة الإحصائية :

لأن الأداء على الاختبارات المختلفة يتحول إلى تقديرات كمية نستخدمها في استخلاص مؤشرات هذا الأداء والعلاقات المختلفة بين أنواعه ، ولأن الوسيلة المستخدمة في معالجة هذه البيانات هي الإحصاء ؛ فلابد من التقدم نحو تفسير الدرجة من مدخل إحصائي مناسب يساعد على الفهم والتعامل مع هذه الدرجات . ويوفر الإحصاء ميزة تلخيص البيانات المختلفة وتصنيفها بصورة واضحة تؤدي إلى سهولة تفسيرها ووضوح هذه التفسيرات بأقل تعبيرات لفظية ممكنة ، بالإضافة إلى أن هذه الخطوات التلخيصية تدخل في كثير من الأحيان في معالجات إحصائية تالية أكثر تطوراً وتعقيداً (صفوت فرج ، 1980 ، 217) . ومن الأساليب الإحصائية : التوزيع التكراري والمتوسطات والوسيط والمنوال ، والانحرافات المعيارية والطرق الإحصائية القائمة عليها مثل معاملات الارتباط وتحليل التباين ... الخ ، (ويمكن مراجعة كتب الإحصاء للاستزادة منها في هذا الجانب) .

2- الصور والرسومات التوضيحية :

في بعض الحالات يكون من الأفضل توضيح النتائج باستعمال الصور والرسومات التوضيحية، والصور والرسومات لا تقوم مقام التفسير ولكنهما ييسراه، ويجب استخدام الصور والرسومات إذا كانت تبلور أفكاراً مهمة أو توضح حالات مختلفة .

باستخدام الصور يمكن توضيح حالات مختلفة للمسترشد ، مثل شكل تفاعله مع الآخرين قبل تنفيذ البرنامج وبعد تنفيذه وباستخدام الرسوم يمكن معرفة مدى التقدم في الظاهرة ، والرسم الجيد هو الذي يربط الحقائق ببعضها لإظهار الفكرة الرئيسية .

ويفضل عند استخدام الصور والرسومات كتابة بيانات مختصرةً أو رموز لوصف طبيعة المعلومات في حالات مختلفة أو تفسير العلاقات بين البيانات . وعند استخدام تصميم تجريبي لدراسة الحالة يفضل الاعتماد على الصور والرسوم التوضيحية عندما يكون من الصعب استخدام الطرق الإحصائية التي تعتمد على المتوسط والوسيط ... الخ .

3- ملاحظة الأداء والسلوك :

تستخدم الملاحظة في تقويم أداء المسترشد وسلوكه أثناء تنفيذ البرنامج الإرشادي أو بعد تنفيذه ، ونظراً لأهمية الملاحظة في جمع المعلومات اللازمة للتقويم فلابد أن تكون ملاحظة علمية تركز على متابعة السلوك وتسجيله وتحليله وتفسيره ثم الوصول إلى قرارات علمية في ضوء ما تم ملاحظته. ويمكن أن يقوم بالملاحظة المرشد النفسي أو المشاركون في تنفيذ البرنامج .

4- التقارير :

التقرير هو تنظيم البيانات وتلخيصها وربطها معاً لتصبح أكثر فهماً ومعنىً، ويتم الاعتماد على التقارير التي يكتبها المرشد النفسي أو القائمون على

تنفيذ البرنامج أو المستفيدون منه في عملية التقويم . وعند كتابة التقرير يجب اتباع الإرشادات الآتية :

أ- التركيز على المعلومات ذات القيمة .

ب- ربط المعلومات ببعضها حتى يسهل تفسيرها .

جـ- يفضل الاعتماد على جداول أو أشكال أو رسوم توضيحية في التقرير حتى يزداد فهم التقرير والاستفادة منه في التقويم .

5- يتم إعداد شرائط مسجلة (سمعية وبصرية) : للجلسات للتأكد من أن إجراءات البرنامج تسير كما هو مخطط لها ، وما إذا كان هناك تحسن في أداء المسترشد وفي أداء المشاركين في تنفيذ البرنامج .

هـ- من يقوم بالتقويم ؟

يتطلب التقويم الموضوعي أن يقوم به المرشد النفسي فهو بحكم تخصصه وخبرته يمكنه القيام بالتقويم بالطريقة العلمية كما أن من مهامه الرئيسية في العملية الإرشادية قيامه بالتقويم حيث يقوم بالتخطيط للبرنامج الإرشادي وتحديد معايير التقويم ومستوياته ، ويقوم بجمع المعلومات من مصادر مختلفة لتوظيفها في إصدار الأحكام على جوانب القوة والضعف في البرنامج ثم يعمل على إدخال التغييرات عليه إذا لزم الأمر . ويعتبر دور المعلم في تقويم المسترشد من ضرورات واجباته المهنية ؛ لأن المعلم هو النموذج اليومي المتكرر والمتفاعل مع المتعلم (المسترشد)، ومن خلال هذا التفاعل سواء في حجرة الدراسة أو خارجها يستطيع المعلم تحديد مدى التقدم في تنفيذ البرنامج الإرشادي . وتزداد أهمية مشاركة المعلم في التقويم إذا كان من المشاركين في تنفيذ البرنامج. ويمكن للوالدين والأخوة أيضاً أن يلعبوا دوراً فعالاً في عملية التقويم نتيجة لأنهم مصدر للمعلومات والبيانات الخاصة بالابن من ناحية ونتيجة اشتراكهم في تنفيذ البرنامج من ناحية أخرى ، وهذا الدور المزدوج للوالدين والأخوة يجعل تقويمهم للبرنامج الإرشادي على درجة من

الأهمية ، يضاف إلى ما سبق إمكانية الاعتماد على أشخاص آخرين مثل طبيب المدرسة والأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي ، وأخصائى التخاطب ..... الخ .

و- شروط التقويم الجيد :

لكى يكون التقويم علمياً يتطلب توفر الشروط الآتية فيه:

1- ارتباط التقويم بأهداف البرنامج الإرشادى الخاصة والفرعية .

2- الشمول ، إذ يجب أن يتناول التقويم كل جوانب البرنامج الإرشادى .

3- الاستمرار ، ومعنى الاستمرار أن يبدأ التقويم منذ تحديد الأهداف ويستمر حتى نهاية التنفيذ ثم بعد التنفيذ فيما يعرف بالمتابعة .

4- التعاون . بمعنى ضرورة أن يشترك فيه المرشد النفسى وكل المشاركين فى تنفيذ البرنامج والمستفيدين منه .

5- تعدد أدوات التقويم (ملاحظة ، اختبارات ....الخ) وتعدد مؤشرات الأداء (قوة الدلالة الإحصائية ، الصور والرسوم ، ملاحظة الأداء والسلوك ، التقارير) .

6- أن يعتمد التقويم على تحديد موقع المسترشد قبل تنفيذ البرنامج وبعد التنفيذ وذلك فى حالتين .

الأولى : مقارنة أداء المسترشد بنفسه .

الثانية : مقارنة أداء المسترشد بأداء المسترشدين الآخرين .

ز- أخلاقيات التقويم الإرشادي :

هناك أخلاقيات للتقويم يجب الالتزام بها ومن أهمها ما يلى :

1- مراعاة الوضع الاجتماعى للبيئة التى يتم فيها التقويم (منزل ، مدرسة ، مؤسسة) .

2- إبراز الجوانب السلبية والإيجابية للبرنامج بأمانة .

3- مراعاة حقوق المسترشدين فلا يشار إلى معلومات خاصة قد يترتب عليها مشكلات .

4- نشر نتائج التقويم بأمانة .

5- تحديد الفوائد والأضرار من إجراء هذا البرنامج .

3- إنهاء الجلسات الإرشادية :

بعد تنفيذ البرنامج الإرشادى وتقويمه والتأكد من مدى تحقيق الأهداف التي من أجلها وضع البرنامج يأخذ المرشد النفسى قرارا بإنهاء الجلسات الإرشادية ، وإنهاء الجلسات الإرشادية معناه الانتهاء من تنفيذ البرنامج الذى خطط له . ومن المهم أن يتم الإنهاء بالتدرج حيث يقوم المرشد النفسى بتذكير المشاركين في البرنامج والمسترشدين خلال الجلسات القليلة الأخيرة بقرب إنهاء البرنامج ، وعندما يقوم المرشد النفسى بذلك يجب عليه أن يستخدم ألفاظاً مناسبة ونبرات صوت تدعو إلى التفاؤل.

يفضل عند إنهاء الجلسات الإرشادية أن يقوم المرشد النفسي بالممارسات التالية :

-عمل ملخص للنتائج التى تحققت .

- أخذ رأي المشاركين في البرنامج والمسترشدين في موضوعية هذه النتائج .

- تسجيل ملاحظات المشاركين في البرنامج والمسترشدين حول البرنامج وإجراءات تنفيذه .

- إعداد خطة لما سيفعله المسترشد فى المستقبل .

- يتم الاتفاق على الدراسة التتبعية .

- يتم الاتفاق على كيفية مراجعة المرشد النفسي إذا كانت هناك ضرورة إلى ذلك .

4- كتابة التقرير النهائى للبرنامج :

يتم كتابة التقرير النهائى بعد تنفيذ البرنامج ، ويتضمن هذا التقرير خطوات البحث أو المشروع والنتائج التى تم التوصل إليها . وعند كتابة التقرير النهائى يفضل اتباع الخطوات التالية :

أ- تحديد الجهة التي سيرسل لها التقرير ، يحدث هذا إذا كان البرنامج تم بناء على طلب من جهة معينة أما في حالة البحوث والدراسات فإن الباحث يكون المستفيد من نتائج البرنامج .

ب- يوضع فى التقرير النتائج التى تم التوصل إليها فى ضوء الأهداف المخطط لها، ويجب أن تكون ملخصة كما فى النموذج الآتى :

الهدف الخاص	الوزن النسبي	النتيجة المتوقعة	ما تم تحقيقه	ملاحظات
	أي قيمة الهدف الخاصة بالمقارنة بالأهداف الخاصة الأخرى			

جـ- يفضل كتابة التقرير النهائى فى ضوء التقارير الجزئية التى أعدها المرشد النفسى أثناء تحقيق الأهداف الفرعية (التقويم المرحلى) ولكى تتم الفائدة منها يجب أن تكون مترابطة بحيث يصف كل جزء ما قبله ويمهد لما بعده .

د- عند كتابة التقرير يجب الالتزام بالآتى :

- أن يكون التقرير متصلا بالأهداف والتى من أجلها وضع البرنامج .
- أن يكتب التقرير بعبارات سهلة وواضحة ومفهومة .

هـ- فى حالة إرسال التقرير النهائى إلى جهات رسمية يفضل أن يسلم مباشرة إلى هذه الجهات (باليد أو بالبريد) وأن يتم الاحتفاظ بصورة من التقرير ، مع مراعاة مبدأ سرية المعلومات فى كل الأحوال.

الفصل السادس

إدارة الجلسات الإرشادية والاتصال

تعتبر مرحلة إدارة الجلسات الإرشادية هي من أهم المراحل في العملية الإرشادية فمن خلالها يتم تنفيذ الاستراتيجية الإرشادية العلاجية ، كما أن إدارة الجلسات الإرشادية لا تتم بدون اتصال جيد بين المرشد النفسي والمسترشد لأن الاتصال جزء مهم من المقابلة الإرشادية . وتقوم المقابلة على علاقة وجهاً لوجه ، كما أن الاتصال الجيد يحقق الجانب الإنساني والمهني في المقابلة الإرشادية التشخيصية والعلاجية . وفي ضوء ذلك نعرض في هذا الفصل للموضوعين : الجلسات الإرشادية والاتصال في جزئين كالتالي :

الجزء الأول : إدارة الجلسات الإرشادية : ويتضمن الموضوعات الآتية :

1) المقابلة العلاجية .
2) إدارة المرشد النفسي للجلسة الإرشادية .
3) إجراءات الإحالة .

الجزء الثاني : الاتصال بين المرشد النفسي والمسترشد : ويتضمن الموضوعات الآتية :

1) معنى الاتصال وأهميته والسلوكيات الدالة عليه .
2) الاتصال غير اللفظي .
3) الاتصال اللفظي .



الفصل السادس
الجزء الأول
إدارة الجلسات الإرشادية

بعد الانتهاء من التخطيط للبرنامج الإرشادي ، يتم تنفيذ أغلب إجراءاته داخل الجلسات الإرشادية ، وحتى الإجراءات التي تتم خارج الجلسة الإرشادية يتم مراجعتها وتقييمها داخل الجلسة الإرشادية ، وبناء على ذلك فإن الجلسات الإرشادية هي المحور الأساسي للعملية الإرشادية . ونظراً لأن الجلسة الإرشادية تتم من خلال المقابلة الإرشادية فالأمر يتطلب إعادة التذكير ببعض المعلومات الهامة المرتبطة بالمقابلة الإرشادية حتى يسهل متابعة المعلومات المرتبطة بالجلسة الإرشادية .

أولاً : المقابلة العلاجية Treatment Interview :

تعرف المقابلة بأنها " علاقة مهنية دينامية إنسانية تتم وجهاً لوجه بين المرشد النفسي والمسترشد في مكان ما ولفترة زمنية محددة بهدف جمع المعلومات والتحقق من صحتها تمهيداً لتشخيص مشكلة المسترشد ثم تقديم خدمات إرشادية لحلها " ومن التعريف السابق يمكن تحديد أهم عناصر المقابلة في الآتي :

أ- المواجهة التي تتم وجهاً لوجه بين المرشد النفسي والمسترشد .

ب- المكان ، الذي يجري فيه المقابلة وقد يكون مركز الإرشاد النفسي أو عيادة خاصة أو مدرسة أو مكاناً يعمل فيه المسترشد أو منزل المسترشد (في بعض الأحيان) .

جـ- الفترة الزمنية التي تستغرقها كل جلسة ، ويتوقف تحديد الفترة الزمنية على نوع المقابلة (جمع معلومات ، تشخيص ، علاج) وأيضاً على أسلوب الإرشاد (مباشر ، غير مباشر ، فردي ، جماعي) .

ومن خصائص التعريف السابق أنه يؤكد على العلاقة أثناء المقابلة بأنها مهنية لأن من يَقوم بها شخص متخصص وهو المرشد النفسي ، كما أنها ديناميكية لأنها تعتمد على التفاعل الإيجابي بين المرشد النفسي والمسترشد . وأنها إنسانية لأنها تتميز بخصائص إنسانية مثل : التقبل والفهم والمشاركة الوجدانية ، ونوضح المقصود بالمفاهيم الثلاثة كالتالي : (محمد سعفان ، 2001 (ب) ، 11 – 12)

أ) التقبل Acceptance : ومعناه في مجال الإرشاد أن يتقبل المرشد النفسي المسترشد كما هو عليه وأن يشعر المسترشد بأن المرشد النفسي يتقبله على هذا النحو من خلال شعوره بأن المرشد النفسي يتجاوب معه .

ب) الفهم Understanding ومعناه : أن المرشد النفسي يعرف دلالة ما يقول المسترشد ويعرف اتجاهاته وخبراته التي لم يُصرح بها بشكل مباشر ومعرفة علاقته بالآخرين ومفهومه عن ذاته ... الخ .

جـ) المشاركة الوجدانية Empathy ومعناها : مشاركة المرشد النفسي للمسترشد في مشاعره وأفكاره ، وفي حالة وجود أفكار سلبية نحو المسترشد يجب على المرشد النفسي الاحتفاظ بها؛ لأن الإعلان عنها يؤثر على شعور المسترشد بالأمن . ولكي يشعر المسترشد بهذه المشاركة الوجدانية يجب أن يتصف سلوك المرشد النفسي بالدفء والصدق .

أهمية المقابلة :

تعتبر المقابلة محوراً أساسياً تدور حوله عملية الإرشاد النفسي للأسباب الآتية (محمد سعفان ، 2001 (ب) ، 5)

أ- يحتاج المرشد النفسي أحياناً إلى معلومات عن مشكلات ليس لها وجود حسي مثل الآمال والتطلعات والقلق مثل هذه المعلومات يمكن جمعها عن طريق المقابلة .

ب- يمكن للمرشد النفسي عن طريق المقابلة الحصول على استجابات عن كلمة لماذا ؟ وبماذا؟ وكيف ؟ ومتى ؟

جـ- يمكن للمرشد النفسي عن طريق المقابلة التأكد من صحة المعلومات التي يحصل عليها بواسطة أدوات جمع المعلومات الأخرى مثل : الملاحظة ودراسة الحالة والاختبارات النفسية.

مراحل المقابلة :

تمر المقابلة بمراحل ثلاث هي كالتالي : (محمد سعفان ، 2001 ، (ب) ، 19 – 20)

أ- مرحلة الافتتاح :

تستغرق مرحلة الافتتاح في العادة ما بين (10 – 15) دقيقة في حالة الإرشاد الفردي، وقد تزيد عن ذلك في الإرشاد الجماعي ، ويتم فيها استقبال المسترشد وتحديد موضوع الجلسة ، وفي حالة ما إذا كانت هذه المقابلة هي الثانية أو ما بعد ذلك يتم تذكير المسترشد بما تم في المقابلة السابقة ، ثم يلي ذلك تهيئة المسترشد للدخول في المرحلة الثانية " مرحلة البناء " .

ب- مرحلة البناء :

تستغرق مرحلة البناء في العادة ما بين (30 – 45) دقيقة ، وقد تزيد هذه الفترة في حالة الإرشاد الجماعي ، وأيضاً تبعاً لخصائص المسترشد ، ونوع المقابلة (جمع معلومات ، تشخيص ، علاج) ، وفي هذه المرحلة يتم تحقيق الأهداف الخاصة التي من أجلها أجريت المقابلة ، وفي هذه المرحلة يتم إشراك المسترشد

فيما يدار في الجلسة ، ويجب على المرشد النفسي في هذه المرحلة ألا يتطرق إلى موضوعات جانبية عن موضوع الجلسة ، إلا إذا دعت الضرورة إلى ذلك وبما يخدم عملية الإرشاد النفسي . ولا تعتبر هذه المرحلة قد انتهت إلا إذا تم تحقيق الأهداف المراد تحقيقها ، فإذا تم ذلك بنجاح ، يتم تهيئة المسترشد إلى مرحلة الإقفال.

جـ مرحلة الإقفال (الإنهاء) :

تستغرق مرحلة الإقفال ما بين (10 – 15) دقيقة ، والهدف من هذه المرحلة تلخيص ما تم في مرحلة البناء وتحديد ما تم التوصل إليه ، وهل مازال هناك موضوعات تستحق مقابلة أخرى ، ويتم في هذه المرحلة الاستماع إلى ملاحظات واستفسارات المسترشد . ثم يتم الاتفاق على الموعد اللاحق في حالة عدم انتهاء عملية الإرشاد ، ولكي يتم تحقيق كل ما سبق في فترة قصيرة ، يبدأ المرشد النفسي بالتهيؤ للإقفال بالنظر إلى ساعته ، أو استخدام عبارات مقبولة ينبه بها المسترشد إلى قرب انتهاء الوقت المخصص لهذه الجلسة ، وبعد الإقفال يتم وداع المسترشد بوجه معبر عن الأمل .

ثانياً : إدارة المرشد النفسي للجلسة الإرشادية :

تمر الجلسة الإرشادية بالمراحل الثلاث التي أشرنا إليها (الافتتاح ، البناء ، الإقفال) ، وفي هذا الجزء نعرض كيفية إدارة المرشد النفسي للجلسة الإرشادية .

1- كيفية افتتاح الجلسة الإرشادية ?How to open the session :

بعد أن يُقدِّم المسترشد نفسه بالاسم على المرشد النفسي ، ربما يرغب المرشد في قضاء بضعة دقائق في محادثة اجتماعية مع المسترشد بهدف التخفيف من حدة حالة التوتر والقلق التي قد يتعرض لها المسترشد ، وفي هذه الحالة ، يجب

على المرشد النفسي أن يتوخى الحذر في ألا يقضي مدة طويلة في هذه المحادثة الاجتماعية .

كيفية استهلال المرشد للجلسة :

يختلف استهلال المرشد للجلسة باختلاف الطريقة التي تُطلبُ بها خدمات الإرشاد ، ومعروف أن المسترشد قد يطلب الإرشاد من تلقاء نفسه أو أنه قد أُحيل إليه من قبل طرف آخر .

*** في حالة طلب المسترشد للخدمات الإرشادية من تلقاء نفسه :**

في هذه الحالة يفتتح المرشد النفسي الجلسة مع المسترشد بإحدى العبارات الآتية :

- لدينا حوالي نصف ساعة لنتحدث وإني لأتساءل ما الذي أتى بك إلى الإرشاد ؟
- لدينا ساعة كاملة ويهمني جداً الاستماع إلى أي شيء ترغب في الحديث عنه .
- أعتقد أنه من الأفضل أن نبدأ اليوم بأن تحدثني عن توقعاتك لعملية الإرشاد .
- أمامنا ساعة كاملة للحديث ، كيف تريد أن نقضي وقتنا اليوم ؟

لاحظ أن في الأمثلة السابقة تعبيراً معيناً يصاغ في ضوء فترة زمنية محددة، وكل من هذه التعبيرات يوحي بأن مسئولية المقابلة تقع بالكامل على عاتق المسترشد ، ويحتم عليه أن يستغل الوقت المحدد بطريقة هادفة (أو في حديث هادف) .

*** في حالة إحالة المسترشد من قبل طرف آخر :**

البعض من المسترشدين يتوجه إلى الإرشاد النفسي بإلحاح من أطراف آخرين مثل : هيئات قضائية ، والوالدين والمعلمين . والمسترشدون الذين يحالون للإرشاد تحت هذه الظروف كثيراً ما يشعرون بالقلق ، ويصبحون أكثر مقاومة لعملية الإرشاد ، ويتطلب هذا الموقف من المرشد النفسي التخطيط والتفكير الحذر .

وبصرف النظر عن سبب الإحالة للاسترشاد ، فعلى المرشد النفسي ألا يقف عند ذلك بل يقابل المسترشد بدفء وقبول ، وإذا رغب المرشد النفسي في مناقشة أسباب الإحالة يجب ألا يُشعِر المسترشد بأنه في محاكمة ، ويتحتم على المرشد النفسي أن يسمح للمسترشد باختيار موضوع المقابلة إذا كان المسترشد لديه الاستعداد والوقت الذي يسمح بذلك .

قد يكون سبب الإحالة للاسترشاد هو الشجار في فناء المدرسة على سبيل المثال وعلى الرغم من ذلك يكون التلميذ في حاجة إلى أن يناقش مشكلات أخرى تخصه مثل انفصال والديه ، لذلك يجب أن يكون المرشد النفسي حريصاً على ألا يسمح لأفكاره المكونة سلفاً (التصورات المبدئية) عن المشكلة بأن تتعارض (تتداخل) مع استجاباته للحاجات الفعلية للمسترشد .

2- بناء الجلسة (المقابلة) : Structuring the session

يجب أن يهتم المرشد النفسي بأمرين هما : بناء الجلسة وبناء علاقة إرشادية طويلة المدى ، وترجع أهمية مرحلة بناء الجلسة (المقابلة) إلى أنها تبين للمسترشد ما يمكن أن يُتوقَّع من وراء عملية الإرشاد ، فدائماً ما يأتي المسترشد للاسترشاد ولديه العديد من المفاهيم الخاطئة ، والبعض يتصور الإرشاد على أنه علاج سحري (أو له مفعول السحر) أو هو إسعاف سريع أو تقديم نصيحة . في حين يفترض آخرون أن مسئولية نجاح عملية الإرشاد تقع بالكامل على عاتق المرشد . هذه التوقعات البعيدة عن الواقع تحتاج إلى شيء من التوضيح في مستهل عملية الإرشاد .

يجب أن يفتتح المرشد النفسي الجلسة الأولى بتحديد النقاط الرئيسية الخاصة بالأدوار التي يلعبها كل من المرشد والمسترشد وأهداف المسترشد ومدى خصوصية وأمانة العلاقة الإرشادية ، ويجب أن يتم ذلك باختصار شديد قدر الإمكان ، وقد لاحظنا من قبل ، فقد اختار المرشد أن يبدأ المقابلة بسؤال المسترشد

عما أتى به إلى الإرشاد وما يتوقعه من وراء الإرشاد، وبعد استماعه باهتمام للمسترشد يبدأ في مناقشة توقعات المسترشد ، ويمكن أن تُستَهلَّ المقابلة بتناول موضوع ما من اختيار المسترشد وذلك في حالة ما إذا كان الوقت يسمح بذلك .

يجب على المرشد النفسي أثناء المقابلة الأولية أن يتعامل مع تحديد الوقت كجزء من البناء ، مع الوضع في الاعتبار أن وقت المقابلة يختلف باختلاف عمر المسترشد وحالته . فالأطفال في عمر زمني من (5 – 7) سنوات ، تستغرق المقابلة معهم (20) دقيقة تقريباً ، والأطفال في عمر زمني من (8 – 12) سنة تستغرق المقابلة معهم (ساعة) تقريباً . مع الوضع في الاعتبار أن هذه الأشياء جميعها لا تتعدى كونها توصيات عامة ولا يجب التقيد بها دائماً ، ففي المدرسة مثلاً قد تستغرق المقابلة مدة الحصة الدراسية فقط (وقد أشرت عند الحديث عن مراحل المقابلة إلى اختلاف مدة المقابلة باختلاف نوع الإرشاد) .

يحتاج المرشد النفسي إلى معرفة الوقت المتاح له حتى يكيف نفسه طبقاً له، وبالتالي يعمل منذ بداية الجلسة على تحضير أحد الموضوعات لمناقشته ، والمرشد الذي لا يحدد وقت المقابلة ، سوف يفاجأ بالمسترشد يواصل حديثه عن إحدى المشكلات المؤلمة ويستمر في الحديث إلى قرب نهاية المقابلة ، وفي مقدور المرشد أن يعالج هذا الأمر بأن يقوم بإخبار المسترشد بقرب نهاية الجلسة ، والوقت المتبقي، ويعطيه الفرصة لإنهاء أي موضوع ناقص قبل نهاية الوقت المحدد ، وهذا نموذج لما يجب أن يفعله المرشد . "أحمد لم يتبق أمامنا اليوم سوى (10) دقائق هل هناك شيء آخر تريد أن تناقشه ؟" فالمسترشد يندمج في مشكلته بشكل كبير لدرجة يفقد معها الإحساس بالوقت وبالتالي يحتاج إلى من يذكره بالوقت .

يمكن مناقشة هذه العملية الإرشادية خلال المقابلة الأولية ، وربما يحتاج المرشد إلى جلسة أو جلستين مع المسترشد حتى يمكن تحديد هذه المدة ، وتستمر

معظم عمليات الإرشاد لمدة لا تقل عن الشهر ولا تزيد عن (12) شهراً ، ويتوقف ذلك على مدى شدة المشكلة ومدى فاعلية عملية الإرشاد .

أهداف الجلسة الأولى Goals for the first session :

في بعض الحالات تكون المقابلة الإرشادية الأولية هي الأكثر أهمية ، فخلال هذه الجلسة يبدأ المسترشد في بناء ثقته بالمرشد ، كما يتفحص بعناية العديد من سلوكيات المرشد ، ويُعد الهدف الأساسي من الجلسة الأولى هو إقامة علاقة وئام (ألفه) بين المرشد والمسترشد ، ولقد أعد كل من إيزنبرج Eisenberg وديلانى Delaney قائمة بأهداف الجلسة الأولى وهي كما يلي :

أ- أن يعمل المرشد النفسي بجد على فتح مجال أمين وعريض للحديث عن المشكلات التي تحتاج إلى المناقشة ، وكذلك العوامل والخلفية المرتبطة بتلك الأحداث .

ب- أن يعمل المرشد النفسي على الوصول إلى تحقيق مستويات أكثر عمقاً من الفهم Understanding ، والاحترام والثقة فيما بينه وبين المسترشد .

جـ- أن يقنع المرشد النفسي المسترشد بإمكانية الاستفادة الفعلية من الجلسات الإرشادية

د- أن يحدد المرشد النفسي مشكلة ما أو موضوعاً ما يتم مناقشته فيما بعد .

هـ- العمل بالمبدأ الجشطلتي Gestalt الذي يقول بأن الإرشاد ما هو إلا عملية يشترك فيها طرفان يعملان بجد ؛ بهدف فهم المسترشد واكتشاف مشكلاته .

و- أن يجمع المرشد النفسي معلومات Informations عن المسترشد فيما يتعلق بمشكلاته الخاصة وكيفية حلها .

بعض السلوكيات الشائعة في الجلسة الأولى :

من السلوكيات الشائعة التي يجب أن تتم في الجلسة الأولى ما يلي :

أ- التعارف بين المسترشدين ، أعضاء الجماعة الإرشادية (في الإرشاد الجماعي) .

ب- التأكيد على مبدأ سرية المعلومات ، مع توضيح الفرق بين سرية المعلومات في الإرشاد الفردي والإرشاد الجماعي .

جـ- عرض التكلفة المادية مقابل حضور الأعضاء للجلسة .

د- توفير الطمأنينة للأعضاء أثناء الجلسة من خلال الدعوة للتخلي عن الخوف والحذر عند عرض مشاكلاتهم وخبراتهم السلبية ؛ لأن هذا يساعد على معرفة الظروف والمواقف التي أدت إليها .

هـ- التأكيد على أن العمل الجماعي يتيح الفرص للأعضاء لأن يحققوا لأنفسهم حرية الانطلاق الفكري ومراجعة استبصارهم لمشكلاتهم بموضوعية بدلاً من إنكارها أو تحريفها أو البحث عن تبرير لها .

و- توضيح حقوق وواجبات كل عضو أثناء الجلسة الإرشادية على النحو التالي .

من حقوق المسترشد :

1- أن يأخذ فرصته في الحديث .

2- أن يتقبل الأعضاء آراءه بدون سخرية .

ومن واجبات المسترشد :

1- الحفاظ على سرية المعلومات .

2- أن يكون إيجابياً في تنفيذ ما يطلب منه .

3- أن يثق في المرشد النفسي وفي المسترشدين (أعضاء الجماعة الإرشادية) .

ز- التأكيد على أهمية إفشاء الذات أثناء الجلسات الإرشادية :

يقصد بإفشاء الذات الحديث دون خوف ، ويعتبر إفشاء الذات من أهم العوامل التي تضمن تحقيق الأهداف الإرشادية ؛ لأنه دليل على ثقة المسترشد في المرشد النفسي وأعضاء الجماعة الإرشادية وتأكيد على رغبة المسترشد في التغيير ، ويمكن للمرشد النفسي في الجلسة الأولى أن يتأكد من توجه المسترشد نحو إفشاء الذات من خلال طلب الإجابة عن بعض العبارات في هذا الاتجاه مثل :

العبارات	مستوى الاستجابة			
	بدرجة كبيرة	بدرجة متوسطة	بدرجة قليلة	لا يوجد
1- لي الحق في التعبير عن مشاعري				
2- لي الحق في التعبير عن آرائي ومعتقداتي				
3- لي الحق أن أقول نعم أو لا				
4- للآخرين الحق على أن أسمح لهم بالتعبير عن مشاعرهم وأفكارهم .				

إنهاء المقابلة الأولية Termination of the initial interview:

في نهاية المقابلة الأولى ، يجب أن يتخذ كل من المرشد والمسترشد قراراً بخصوص استمرار العلاقة الإرشادية بينهما . وفي حالة الاتفاق على الترتيب لجلسة أخرى يتم تحديد الموعد القادم لها ، ويجب أن يُعلَمْ المسترشد بأن الجلسة على وشك الانتهاء ، وذلك قبل نهاية الوقت المحدد ، وقد يفعل المرشد ذلك بنفسه أو يطلب من السكرتير أن يطرق على الباب ، أو يضغط زر جهاز الاتصال الداخلي في الوقت المناسب . وفي نهاية المقابلة الأولية يجب أن يقرر المرشد ما إذا كان سيحيل المسترشد إلى مرشد آخر أو مؤسسة أخرى أم لا ، وهذا ما يعرف بالإحالة ، ونظراً لأن الإحالة مرحلة هامة من مراحل العملية الإرشادية ، وتحتاج إلى خبرة ومهارة خاصة من المرشد النفسي ، فسوف نعرض لها بالتفصيل لاحقاً :

3- إدارة الجلسات بعد المقابلة الأولى :

بانتهاء المقابلة الأولى يكون قد تم توضيح المشكلة وإجراءات حلها والفترة الزمنية المطلوبة وأدوار كل من المرشد النفسي والمسترشد وأشخاص آخرين لهم

أدوار مهمة في تنفيذ البرنامج الإرشادي : وأثناء المقابلة الأولى يتم بناء العلاقة الإرشادية ، وأثناء الجلسات الإرشادية يعمل المرشد النفسي على بناء الثقة لدى المسترشد عن طريق تجنب السلوكيات التسلطية التي تؤدي إلى أن يتقبل المسترشد التفسيرات والاقتراحات تقبلاً آلياً، ومساعدة المسترشد على تحديد المفاهيم الخاطئة ومساعدته على فحص ذاته وتقويمها ، وأيضاً يعمل على تقديم النموذج الإيجابي للمسترشد من خلال عمل نموذج أو أداء سلوك نموذجي يمكن أن يستفيد منه المسترشد ، مع مراعاة الخلفية الثقافية للمسترشد لأنها تزود المرشد النفسي والمسترشد بما هو حقيقي وواقعي عند فهم المشكلة وحلها . مع ملاحظة أن الموضوعات التي ذكرناها لا تتوقف بانتهاء المقابلة الأولى ولكن لابد من استمرارها والتأكيد عليها وتقييمها أثناء المقابلات التالية .

ونشير في هذا الجزء إلى إدارة المرشد النفسي للجلسات الإرشادية بعد المقابلة الأولى بهدف استمرار الجلسات الإرشادية مع التوضيح بأن " لكل من المرشد النفسي والمسترشد دوراً في استمرار الجلسة الإرشادية ، إلا أن دور المرشد يتميز في توجيه الجلسة الإرشادية وتوجيه المسترشد نحو أهدافه ، بعد أن يدرك قدرة المسترشد ومستوى فهمه . وأن المرشد النفسي هو الذي يحدد درجة التحكم في إدارة الجلسة بتغيير أسلوب إدارته لها في الوقت المناسب ، بزيادة أو تقليل درجة التوجيه أو القيادة، كما يمكنه استخدام أساليب متنوعة في توجيه الجلسة الإرشادية مثل استخدام التسجيل على أشرطة سمعية أو مرئية . وعادة يراعى المرشد النفسي مشاعر المسترشد وقدرته على الفهم والتعبير في تحديد درجة قيادة الجلسة الإرشادية . والشكل التالي يعطي أمثلة توضيحية لدرجة قيادة الجلسة الإرشادية " (في سهام أبو عيطة ، 1988 ، 138-139) .

شكل رقم (2)

يوضح درجة قيادة المرشد للجلسة الإرشادية

م	وصف توجيه أو إدارة الجلسة الإرشادية	أنماط أو أساليب الاتصال	دور المرشد
1	**الأساليب المتبعة لتحديد الشعور:**		
	- السكوت	- لا تتعجل – خذ وقتك الكافي	استقبال
	- إعادة النص	- هذا ما قلته أنت أو ما تشعر به	تقبل
	- انعكاس محتوى	- بشكل آخر ، إنه التعبير التالي	تفهم
	- انعكاس الشعور	- بشكل آخر ، إنك تشعر	تفهم
	- انعكاس النقاط المهمة	- بالمعنى الأصح ، إنك قلت كذا	تفهم
	- توجيه عام	- أخبرني أكثر عن موضوع كذا	بحث عن معلومات
2	**الأساليب المتبعة لتسهيل الفهم الذاتي:**		
	- التلخيص	- حتى الآن أنت قلت كذا وكذا	تفهم
	- تحليل مركز	- يبدو أنك تعني كذا ...	توضيح
	- تفسير	- يبدو أنه ما يحدث معك هو	تفسير
	- سؤال مباشر	- ماذا يعني أو ماذا عملت	بحث أو تحر عن المعلومات
	- توجيه عام	- أخبرني أكثر من ذلك	بحث
	- إعادة التأكيد	- الأمور قد تكون أسوأ ، أو أنت لست لوحدك	تفسير
	- التأكيد	- أنت تستطيع عمل كذا ، إن التنبؤ بما يمكن أن تؤديه يساعد	توقع
	- تزويد بمعلومات	- الحقائق هي	تفسير
3	**الأساليب المتبعة في تسهيل التعبير عن ذاته :**		
	- التشجيع	- إنك سوف تنجح في حياتك	توقع
	- اقتراح	- فستطيع عمل ذلك	نصح
	- إلحاح	- من المفروض أن تعمل ذلك	نصح
	- المجاملة والتساهل	- أوه ، غير معقول	توجيه

4- المرونة في إدارة الجلسات :

في مجال الإرشاد النفسي لكي ينجح المرشد النفسي في إدارة الجلسة الإرشادية لابد من مراعاة الفروق الفردية بين المسترشدين ، ولهذه قيمة إجرائية تجعلنا نختار البرنامج الإرشادي المناسب ولها أيضاً قيمة تنبؤية تجعلنا نتوقع تحقيق هدف ما وعدم تحقيق هدف آخر ، أو تحقيق هدف ثالث بدرجة معينة .

قد نجد مسترشداً ما لديه التزام داخلي ويفضل الحرية ولديه استعداد لتحمل المسئولية ولديه استبصار بمشكلته وفي المقابل نجد مسترشداً آخر لديه نقص في معارفه وخبراته ويفضل أن يكون الإشراف عليه مباشراً ويميل إلى الإلتزام الخارجي . في هذه الحالة يجب على المرشد النفسي اتباع المرونة في استخدام أسلوب الإرشاد المباشر الذي يركز على المرشد النفسي وأسلوب الإرشاد غير المباشر الذي يركز على المسترشد ، على أن يكون هدفه النهائي مساعدة المسترشد على بناء الثقة في نفسه ويتحمل المسئولية .

من المهم أيضاً معرفة ثقافة المسترشدين حتى يمكن إدارة الجلسة الإرشادية بفعالية ، ويوجد فرع في الإرشاد النفسي يسمى الإرشاد النفسي الثقافي وهو يؤكد على ضرورة معرفة عادات وتقاليد المسترشد وأسلوب حياته وديانته ودرجة تدينه وهذه الجوانب تساعدنا في تصنيف سلوك المسترشد في نمط من الأنماط الثلاثة : (متحرر ، محايد ، محافظ) من المهم أيضاً معرفة طاقة العمل لدى المسترشد ، وطاقة العمل هي القدرة على العمل سواء كان نظرياً أو عملياً ونقص هذه القدرة معناه حدوث التعب بعد فترة قصيرة ، وإذا كان التعب يرجع إلى عوامل انفعالية أو بيئية يسمى " تعب عصابي " أما إذا كان يرجع إلى عوامل عضلية أو عقلية يسمى " تعب العمل " ، والعلاقة بين التعب العقلي والتعب الجسمي علاقة طردية ؛ لأن زيادة أحدهما يتبعه زيادة الآخر . وقد أشارت الدراسات في هذا الاتجاه إلى أن الرجل يظل محتفظاً بطاقته الجسمية والعقلية لفترة أكبر من المرأة ،

كما أنه أكثر تحملاً من المرأة ، ويمكن تفسير هذه الفروق في ضوء الظروف الفسيولوجية التي تمر بها المرأة مثل الدورة الشهرية والحمل والرضاعة .

معرفة الفروق الفردية له قيمة إرشادية عند إدارة الجلسة الإرشادية تظهر في ممارسات المرشد النفسي التالية :

أ- عدم الإصرار على اتباع إجراءات واحدة مع كل المسترشدين .

ب- عدم تفسير عبارات المسترشدين في اتجاه واحد ؛ لأن دلالة العبارة الواحدة قد تختلف من مسترشد إلى مسترشد آخر .

جـ- طلب توضيح العبارات الغامضة باستمرار .

د- تحديد طاقة العمل في ضوء قدرات المسترشد .

هـ- عدم الضغط على المسترشد لكي يعطي معلومات معينة في جانب ما ؛ لأن بعض المسترشدين يشعرون بالخجل والارتباك والبعض الآخر لا يفضل إعطاء معلومات لها خصوصية .

و- في حالات خاصة يفضل تكوين جماعة إرشادية موحدة الجنس ولها خلفية ثقافية متشابهة.

5- إدارة الصراع بين المسترشدين في الجلسة الإرشادية :

من مهارات المرشد النفسي في إدارة الجلسة الإرشادية ، مهارة إدارة الصراع بين المسترشدين في الإرشاد الجماعي ، ومعروف أن الجماعة الإرشادية تتكون من مسترشدين لهم اهتمامات وميول واتجاهات وسمات شخصية مختلفة ، وفي ظل هذا الاختلاف يكون من الطبيعي ظهور صراع مؤقت بين المسترشدين أثناء الجلسة الإرشادية ويزداد هذا الصراع كلما ابتعد سلوك المسترشد عن سلوك الإيثار واتجه نحو سلوك الأثرة ، ويقل هذا الصراع إذا حدث العكس ، وهذا التوجه في الفهم يحتم ضرورة معرفة أشكال التفاعل بين المسترشدين والتي نلخصها في أربعة أشكال كما يلي :

أ- **الإيثار** : تفضيل مصلحة الآخرين على المصلحة الخاصة دون انتظار مقابل منهم .

ب- **التعاون** : العمل مع الآخرين بجهد مشترك .

جـ- **التنافس** : إذا ظهرت المنافسة لدى شخص للوصول إلى تحقيق هدف قبل الآخرين دون إلحاق الضرر بهم سميت منافسة إيجابية أما إذا لحق بهم الضرر سميت منافسة سلبية .

د- **الأثرة** : تفضيل المصلحة الخاصة على مصلحة الآخرين .

مهمة المرشد النفسي توجيه سلوك المسترشد إلى التعاون والتنافس الإيجابي وفي بعض الحالات تكون مهمة المرشد النفسي توجيه سلوك المسترشد نحو الإيثار وذلك عند علاج مشكلة التمركز حول الذات . وفي أحيان أخرى تكون مهمة المرشد النفسي توجيه سلوك المسترشد نحو الأثرة وذلك عند علاج مشكلة الاعتمادية . وليس معنى ذلك أن نثبت ونعزز لدى المسترشد سلوك الإيثار أو الأثرة ولكن توجيه السلوك هنا معناه تعديل السلوك من حالته اللاسوية إلى حالته السوية التي تتحقق بالتوازن بين المصلحة الخاصة ومصلحة الآخرين . إذا كان للصراع آثارٌ سلبية مثل الإحباط والغضب وترك الجلسة أحياناً ، إلا أن له آثاراً مفيدة أيضاً مثل زيادة الدافعية واكتشاف فرص للتغيير والإيجابية ، ويمكن للمرشد النفسي إدارة الصراع بكفاءة من خلال الممارسات التالية :

أ- فهم العوامل التي تحدد اختيار المسترشد شكلاً من أشكال التفاعل السابقة مثل : الحالة الصحية وسمات الشخصية ، وإدراك حجم الضرر الذي يقع عليه ، وطريقة إدارة الجلسة الإرشادية ، وفي ضوء هذا الفهم يتم تفسير سبب اختيار المسترشد لأسلوب ما دون الآخر .

ب- اتخاذ قرار سريع بإعادة الجلسة الإرشادية إلى وضعها الطبيعي .

جـ- إيجاد عمل مشترك يشترك فيه أعضاء الجماعة الإرشادية حتى يتم إعادة الانسجام والتفاهم بينهم .

د- إتاحة فرص الحوار وتبادل وجهات النظر بين أعضاء الجماعة الإرشادية .

هـ- التأكيد على مبدأ الالتزام والانضباط في الجلسة الإرشادية .

6- إدارة التغيير :

يقصد بإدارة التغيير من جانب المرشد النفسي مساعدة المسترشد في إيجاد معارف جديدة واستجابات جديدة حتى يتم التغيير ، كما يعمل المرشد النفسي على إتاحة الفرص للمسترشد أثناء الجلسة الإرشادية لاختبار معارفه واتجاهاته وسلوكياته الجديدة والتأكد من آثارها الإيجابية على المسترشد نفسه وعلى الآخرين. وبهذه الطريقة يمكن للمسترشد أن يقارن ويميز بين المعارف والسلوكيات المرغوبة وغير المرغوبة .

قد نجد مسترشداً يقاوم التغيير بمعنى أنه يرفض أي معارف واستجابات بديلة ونجد لديه أجوبة جاهزة لما يعرفه ويفعله فقط ، المسترشد الذي يرفض أو يقاوم التغيير عندما يفعل ذلك فهو يختزل مفهوم إمكانياته إلى أدنى مستوى ولا يريد معرفة ورؤية الجانب الآخر لمشكلته ؛ من هنا نجده يحتج ويتباطأ ويرفض ، ويمكن عرض أسباب مقاومة التغيير كما يلي :

أ- قبول الشخص بالوضع الحالي (أي بقاء المشكلة) رغم علمه أن هذا القبول فعل سيئ ، وهذا دليل على وجود قصور في الفهم ونقص في الثقة بالنفس .

ب- الخوف من تعديل أفكار وسلوكيات اعتاد عليها رغم علمه أنها تسبب له المشكلات .

أشكال المقاومات أثناء الجلسة الإرشادية :

يمكن للمرشد النفسي أن يستدل على مقاومات المسترشد من ممارساته التالية :

أ- التوقف عن الكلام بشكل متكرر .

ب- الإسراف في الكلام بحيث يصعب استخلاص شيء مفيد منه وله دلالة .

جـ- نسيان أحداث هامة .

د- توجيه الانتقادات المستمرة إلى المسترشدين وأحياناً إلى المرشد النفسي .

هـ- ترديد عبارات تدل على أنه ليس على راحته في الكلام أو في الجلوس .

و- التركيز على الحاضر وعدم الحديث عن الماضي إلا بصعوبة وقد لا يتحدث .

ز- المبالغة في إيجاد مبررات تؤيد أفكاره وسلوكياته .

أدوار المرشد النفسي في إقناع المسترشدين بأهمية التغيير :

يقوم المرشد النفسي بعدة أدوار لإقناع وإدارة المسترشدين للتغيير ومن أهم هذه الأدوار ما يلي :

أ- تحديد أسباب مقنعة لضرورة التغيير ومن أمثلة ذلك :

1- توضيح الخطر والضرر من استمرار الوضع الحالي كما هو (أي عدم حل المشكلة) .

2- توضيح للمسترشد أن كل شيء من حولنا يتغير ، فلماذا يرفض هو تغيير أفكاره واتجاهاته وسلوكياته ؟

3- التأكيد على أن التغيير ليس الهدف منه التغيير في ذاته ولكنه ضروري لحل المشكلة وإعادة التوافق والاستمتاع بالصحة النفسية الإيجابية .

ب- التهيئة للتغيير :

التهيئة للتغيير تتطلب جعل المسترشد يشعر ويقتنع بأنه غير راضٍ عن وضعه الحالي ، وبهذه الطريقة يمكن إيجاد دوافع وتوجهات جديدة تجعله يمارس التغيير .

جـ- معرفة طاقة العمل اللازمة للتغيير :

لكي يتحقق التغيير لابد من معرفة طاقة العمل (الجهد ، الأفكار ، السلوكيات) ودرجة الاستيعاب اللازمة لحدوثه ، لأن كل مسترشد له معدل طاقة

عمل ودرجة استيعاب تميزه عن غيره ، وبدون مراعاة ذلك يحدث التعب وقصور الفاعلية والكفاءة ونقص الثقة بالنفس والنتيجة عدم حدوث التغيير وفي بعض الحالات تنشأ مشكلات أخرى إضافية مرتبطة بالمشكلة الأساسية أو ناتجة عنها .

د- مشاركة المسترشد في التغيير :

تأتي أهمية مشاركة المسترشد في إحداث التغيير من أنها تساعد على إحداث التغيير في معارف وسلوكيات المسترشد من ناحية كما أنها تضعف من مقاومة المسترشد للتغيير من ناحية أخرى .

بعد تنفيذ الكثير من جلسات البرنامج الإرشادي ، يفترض أن يكون المسترشد قد تم إعادة فهمه لأسباب مشكلته وحدود مسئوليته في ذلك وصار قادراً على التمييز بين أفكاره وأفعاله الواقعية وغيرها المبالغ فيها ، كما يفترض أيضاً أن يكون قد تدرب على الاستجابات البديلة ومارسها أثناء الجلسة أو خارجها ؛ وفي ضوء ما سبق يكون لدى المسترشد استعداد لاتخاذ قرار التغيير ، ويكون سؤاله الأهم ما الذي يجب فعله ؟ وعندما يطرح المسترشد هذا السؤال فهذا معناه أنه أعلن المبادأة Mobilisation ونستطيع الاستدلال على المبادأة لدى المسترشد عندما نجده يتخذ من منطق فهمه توجهاً جديداً بأنه لا يستطيع أن يستمر على ما هو عليه ، وأن هناك أكثر من طريقة جيدة للتعامل مع المشكلة . وعملاً بمبدأ الأفضلية فإن إعلان المبادأة أفضل من الثبات على ما هو عليه أو الاكتفاء بالفهم دون محاولة التغيير . وبدون هذه الخطوة لا يكون هناك ضرورة للانتقال إلى خطوات التغيير .

هـ- التخطيط للتغيير :

يقوم المرشد النفسي بالتعاون مع المسترشد أو المسترشدين (في الإرشاد الجماعي) بالتخطيط للتغيير ويشمل التخطيط الجوانب التالية :

أ- تحديد المعارف والسلوكيات الإيجابية الجديدة المطلوب تعلمها وممارستها .

ب- تحديد أولويات التغيير عن طريق وضع أوزان نسبية للمعارف والسلوكيات .

جـ- تحديد أدوار المسترشد عن طريق تحديد الأنشطة والمهارات التي يجب أن يمارسها من أجل تحقيق التغيير .

و- المواجهة Confrontation :

لا يكفي إعلان المسترشد المبادأة حتى نضمن تحقيق التغيير في مشاعره وأفكاره واتجاهاته وسلوكياته ، ولكن لابد من التقدم خطوة إيجابية وهي المواجهة ، ومن خلال المواجهة يتم إعادة الفهم في ظروف أفضل عندما يجعل المسترشد معارفه وخبراته أكثر موضوعية ثم يعيد تنظيم ذاته في ضوء فهم قدراته ومواجهة التناقضات التي يكتشفها ، ثم يمارس السلوكيات الإيجابية .

وعند المواجهة يقوم المرشد النفسي بالأدوار الآتية :

1- توفير الثقة والأمان والدعم :

ويتطلب ذلك إشعار المسترشد بمسئوليته وقدرته في التغيير، والتحدث بلغة مفهومة والإنصات الجيد للمسترشد وإعطاء بيانات ومعلومات صحيحة وتقديم البدائل عند الضرورة ، وتقديم الدعم المعنوي باستمرار ، وتوجيه المسترشد نحو تحقيق الأهداف المطلوب تحقيقها والشرح المستمر لطبيعة التغيير المطلوب .

2- ممارسة التغذية الراجعة :

من خلال ممارسة التغذية الراجعة يتم توضيح الاختلاف بين الحالة التي كان عليها المسترشد في السابق والحالة التي عليها الآن ، ولكي تتم ممارسة التغذية الراجعة بفعالية يتطلب من المرشد النفسي والمسترشدين نقل توقعات وأحكام صادقة عند المقارنة بين أوضاع أو حالات مختلفة في ضوء الأهداف المرغوبة . ومن المهم أن يمارس المسترشد فنية التغذية الراجعة حتى تقل مقاومته للتغيير من ناحية وحتى يكتسب الثقة في التعبير عن خبراته والثقة في الآخرين من ناحية أخرى .

ثالثاً : إجراءات الإحالة Referral procedures :

عرض ريكي Rickey, L إجراءات الحالة متى تتم وكيف تتم ، وسوف نعرض لهذه الإجراءات كالتالي :

في أحيان كثيرة لا يستطيع المرشد النفسي أن يقدم للمسترشد الخدمات الإرشادية التي يحتاجها ، وعندئذ يجب أن يحيله إلى مكان آخر . وعلى الرغم من نظرة البعض للإحالة على أنها دليل على عدم كفاية المرشد المهنية ، إلا أن الأمر يحتاج إلى قدر كبير من الكفاءة من المرشد من أجل تحديد الحالات التي تحتاج إلى خدمات من نوع خاص ، فليس مقبولاً منطقياً أن يدعى المرشد النفسي بقدرته على علاج أي شخص يطلب المساعدة .

1- متى تتم الإحالة ؟ When to refer :

قرار الإحالة لكي يأتي في موضعه ، يجب أن تتوفر لدى المرشد معلومات عن المسترشد وطبيعة مشكلته ، ويمكن جمع هذه المعلومات من خلال عمل مقابلة قصيرة مع المسترشد أو يتم عمل الإحالة في نهاية المقابلة الأولية كما ذكرنا سابقاً .

والحالات التي يجب أن تتم فيها الإحالة هي كما يلي :

أ- عندما تكون مشكلة المسترشد فوق مستوى كفاءة المرشد النفسي .

ب- عندما يشعر المرشد النفسي أن الاختلافات في خصائص الشخصية بينه وبين المسترشد يصعب تجاوزها وأنها سوف تتدالخل وتؤثر سلباً في عملية الإرشاد .

جـ- عندما يكون المسترشد قريباً أو صديقاً شخصياً للمرشد النفسي ، وتتطلب مشكلته استمرار العلاقة الإرشادية في المستقبل .

د- عندما يرفض المسترشد (أو يقاوم) مناقشة مشكلته مع المرشد النفسي .

هـ- عندما يدرك المرشد النفسي بعد عدة جلسات عدم فاعلية الإرشاد النفسي مع المسترشد (Rickey, 1981, 166) .

وقد عرض المؤلف (محمد سعفان ، 2001) الأسباب (الحالات) التي يجب أن تتم فيها الإحالة وتم تقسيمها إلى أنواع ثلاثة في ضوء نوع المشكلة ونوع العلاقة ، والظروف التي تتم فيها العملية الإرشادية كما يلي :

أولاً : أسباب مرتبطة بنوع المشكلة :

أ- حالات عضوية تحتاج إلى رعاية طبية .

ب- حالات الاضطرابات الانفعالية والعقلية الشديدة .

جـ- حالات تحتاج إلى مرشد نفسي آخر أكثر خبرة ومهارة (أي الحالات التي تكون فوق المستوى المهني للمرشد النفسي) .

ثانياً : أسباب مرتبطة بالعلاقات الإرشادية :

أ- إذا كان المرشد النفسي صديقاً أو قريباً للمسترشد أو يسكن بجواره .

ب- عندما يشعر المرشد أن العلاقة الإرشادية غير فعالة .

ثالثاً : أسباب مرتبطة بظروف العملية الإرشادية :

أ- عدم كفاية أو ملاءمة الوقت للمرشد النفسي أو المسترشد .

ب- في حالة الإرشاد النفسي الخاص ، قد يتطلب تكاليفاً كبيرة لا تتناسب مع مستوى دخل المسترشد ، فتتم الإحالة إلى مرشد نفسي آخر .

جـ- في الإرشاد التربوي قد لا يفضل الطالب تلقي خدمات الإرشاد في المدرسة أو الجامعة، حتى لا يلفت نظر زملائه والمعلمين له ؛ في هذه الحالة يتم إحالته إلى مرشد نفسي يمارس الإرشاد النفسي في عيادة خاصة أو مركز للإرشاد النفسي (محمد سعفان ، 2001 (ب) ، 24 – 25) .

2- الجهات التي تتم إليها الإحالة :

يمكن أن تتم الإحالة إلى جهة من الجهات التالية :

أ- من المدارس والجامعات إلى عيادات خاصة للإرشاد النفسي أو مراكز الإرشاد النفسي .

ب- من المحاكم والهيئات والمؤسسات إلى عيادات خاصة للإرشاد النفسي أو مراكز الإرشاد النفسي .

جـ- من مرشد نفسي إلى مرشد نفسي آخر .

د- من العيادات الخاصة للإرشاد النفسي أو مراكز الإرشاد النفسي إلى المستشفيات والمصحات ومدارس التربية الخاصة . (محمد سعفان ، 2001 (ب) ، 25 – 26)

3- كيف يقوم المرشد النفسي بالإحالة ؟ How to refer :

عرض ريكي Rickey كيفية قيام المرشد النفسي بالإحالة ، كالتالي :

أ- عند إحالة المسترشد إلى مؤسسة لا يقتصر الأمر على مجرد إحالة المرشد النفسي المسترشد إلى هذه المؤسسة ، بل يجب كلما أمكن إحالته إلى شخص معين هناك ، ويجب أن يكون المرشد النفسي مطلعاً جيداً على الخدمات التي تقدمها المؤسسة ، وأن تكون علاقته بمجموعة العمل في المؤسسة جيدة ، وبهذه الطريقة يستطيع المرشد النفسي إيجاد نوع من التناسب بين احتياجات المسترشد وكفاءات مرشد بعينه لديه خبرة بمعالجة الحالات التي تتشابه مع حالات المسترشد .

ب- على المرشد النفسي أن يزود المسترشد بمعلومات دقيقة وواضحة تشمل : أسماء وعناوين وأرقام تليفونات الأشخاص (المرشدين النفسيين) أو المؤسسات التي يحيل المسترشد إليها . وقد يرغب المسترشد في إجراء اتصال تليفوني من مكتب المرشد النفسي بهدف تحديد موعد مع المرشد أو المؤسسة المحال إليها ، في هذه الحالة يجب على المرشد النفسي إتاحة الفرصة للمسترشد بتحمل مسئولية السعي من أجل الحصول على مساعدة ؛ لأن قيام المرشد النفسي بتحديد الموعد له يعكس شيئاً من التعهد بالقيام بالعملية الإرشادية .

جـ- ربما يطلب المسترشد من المرشد النفسي بأن يمد المرشد النفسي الجديد (المحال إليه المسترشد) بمعلومات عن مشكلته ، في هذه الحالة نوصي بعدم تقديم هذه المعلومات في حضرة المسترشد . ومن الأفضل حصول المرشد النفسي على إذن كتابي من المسترشد للتشاور مع المرشد الجديد بشأن حالته .

د- لا يتوقع المرشد النفسي أن يتم اطلاعه على الثقة المتبادلة بين المسترشد والمرشد النفسي الجديد دون إذن من المسترشد . وإذا استمر المرشد النفسي في عمل علاقة عمل من نوع آخر مع المسترشد فيمكن أن يطلب معلومات بخصوص كيفية اتصاله بالمسترشد أثناء التفاعلات المستقبلية معه وذلك في حالة الضرورة إلى ذلك .

هـ- يجب على المرشد النفسي أن يبحث مع المسترشد مدى أهمية الإحالة ، مع تجنب الضغوط على المسترشد من أجل الحصول على المعلومات من ناحية وتقبل أي شيء يريد أن يفصح عنه من ناحية أخرى . ويجب أن تُبنى إجراءات الإحالة على الثقة واحترام طلب المسترشد للمساعدة ، مثلها في ذلك مثل العملية الإرشادية . ويمكن للمرشد النفسي في النهاية أن يجعل المسترشد على دراية بالبدائل التي يمكن أن تمده بأفضل وسائل المساعدة وذلك وفقاً للشروط التي يقرُونها (في المرشد النفسي البديل أو المؤسسة البديلة) وربما يرفض المسترشد المساعدة المتاحة له أو يقبلها ، ويتمثل دور المرشد النفسي هنا بتبصير المسترشد بهذه البدائل وتأكده من أن المسترشد لديه الحد الأكبر من الفرص للاستفادة منها .

و- يجب أن يكون المرشد النفسي على دراية بالمسائل القانونية المحيطة بعملية الإحالة ، وأن يحرص على اتخاذ الخطوات المناسبة (الإجراءات القانونية المناسبة) لمنع المسترشد من إمكانية مقاضاته (رفع دعوى قضائية عليه) .

عرض المؤلف (محمد سعفان ، 2001 مبادئ عامة للإحالة يمكن الالتزام بها (بالإضافة إلى ما سبق الإشارة إليه) ، كالتالى :

نظرا لأن الإحالة قد يعقبها آثار سلبية للمسترشد أو قد تؤدى إلى تكوين اتجاهات سلبية من قبل المسترشد نحو الإرشاد والمرشد النفسى ، فمن أجل منع هذا أو التقليل منه يجب الالتزام بعدة مبادئ أهمها ما يلى :

أ- إخطار من ستتم الإحالة إليه لمعرفة مدى استعداده لتقبل المسترشد .

ب- أخذ الموافقة على الإحالة من المسترشد أو ممن يرافقه (فى حالات إرشاد الأطفال أو فى حالات خاصة) بعد توضيح أهمية وضرورة الإحالة .

جـ- التأكيد على مبدأ سرية المعلومات للمسترشد عند الإحالة .

د- يفضل عدم متابعة الحالة بعد تحويلها إلا فى حالتين :

الحالة الأولى : إذا كانت المتابعة بهدف الاطمئنان على استمرار المسترشد مع من أحيل إليه ، وليس بهدف الحصول على معلومات جديدة .

الحالة الثانية : إذا كان المرشد النفسى يعمل فى مؤسسة تربوية (مدرسة ، جامعة) في هذه الحالة تصبح هذه المتابعة أمرا ضروريا .

هـ- إذا كان المرشد النفسى يعمل فى مؤسسة يشترط أخذ موافقة المؤسسة على إحالة المسترشد .

و- تتم الإحالة عن طريق اتصال المرشد النفسى بالجهة التى تتم إليها الإحالة ، حتى يشعر المسترشد باهتمام المرشد به وجدية إجراءات الإحالة ،(محمد سعفان،2001 (ب) ،26-27) وقد أشرنا سابقا بأهمية إعطاء فرص للمسترشد لتحمل المسئولية ، ولكن فى بعض الحالات يصعب على المسترشد إتمام إجراءات الإحالة وفي هذه الحالة يقوم المرشد النفسي بعمل اللازم أو على الأقل إتمام الإجراءات المبدئية ، ثم يترك الفرصة للمسترشد لتكملة الإجراءات ، وفى بعض الحالات يقوم المرافقون بالمسترشد أو القائمين على تربيته بإتمام هذه الإجراءات .

الجزء الثاني

الاتصال في الجلسة الإرشادية

1- معنى الاتصال وأهميته والسلوكيات الدالة عليه :

يتم الاتصال فى الجلسة الإرشادية بين المرشد النفسى والمسترشد أو بين المسترشدين أنفسهم ، ويعدُ الاتصال جزءاً مهماً من المقابلة ؛ لأن المقابلة تقوم على علاقة وجها لوجه ، والهدف من الاتصال هو الحصول على شيء أو التعبير عن فكرة أو نقل معلومات أو طلب توضيح معنى ،والاتصال الجيد يتطلب من كل طرف فهم أهداف الاتصال ومهاراته وخصائص المشتركين فيه . وسوف نوجه الحديث في هذا الجزء إلى الاتصال بين المرشد النفسى والمسترشد .

يتضمن الاتصال الإيجابى بين المرشد النفسى والمسترشد ثلاثة سلوكيات كما يلى :

ا- **التواصل communication** بمعنى تبادل الأفكار والمعلومات بين المرشد النفسي والمسترشد .

ب- **التفاعل interaction** بمعنى تبادل الأفكار والمعلومات وأيضا الأفعال بين المرشد النفسى والمسترشد بفعالية وإيجابية .

جـ- **الإدراك Perception** بمعنى أن كل طرف يعرف الآخر ويفهم أهدافه ويتقبله ، كما أن كل طرف يفهم حدوده وأدواره ، والمفترض أن المرشد النفسى بحكم إعداده المهني يكون لديه كفاءة أكثر من المسترشد فى الاتصال الإيجابي .

وينقسم الاتصال إلى نوعين رئيسيين هما كما يلي :

الأول : اتصال غير اللفظي : مثل ، هيئة الجسم ، المسافة ، استخدام اليد ، وضع القدمين واليدين ، التقاء العينين ، دلالة الصوت ، الملابس ، الإنصات .

الثاني : اتصال لفظي : يعتمد على الكلمة ، مثل : الأسئلة ، الإقناع ، الإيحاء ، الاقتداء .

وسوف نعرض في هذا الفصل لكل نوع على حدة كما يلي :

أولاً : الاتصال غير اللفظي :

نشير في هذا الجزء إلى أهم أنواع الاتصال غير اللفظي كالآتي :

1- الهيئة التي يكون عليها المرشد النفسي عند الاتصال بالمسترشدين:

قد يشعر بعض المرشدين النفسيين بالتوتر عند بدء الجلسة . في هذه الحالة، يكون من المهم أن يبدو المرشد النفسي طبيعياً وهادئاً ، وكلما كان حضوره عالياً كلما ساعد ذلك على الاسترخاء والتواصل الجيد . ومن العوامل التي تساعد على التواصل الجيد أيضاً الهيئة التي يكون عليها المرشد النفسي عند الاتصال ، وقد تكون في شكل اتصال مستقيم أو اتصال مائل ، ونوضح النوعين كالتالي :

أ- **في الاتصال المستقيم :** يجلس المرشد النفسي على مقعد في منتصف المكان تقريباً في مواجهة المسترشدين . وفي بعض الحالات يقف المرشد النفسي في منتصف المكان ، ويتيح الاتصال المستقيم الفرص لمتابعة تعبيرات وجه المسترشدين وحركاتهم ولزماتهم ، ووضع الجسم والوجه في هيئة مستقيمة يعبر عن الثقة بالنفس .

ب- **الاتصال المائل :** يضطر المرشد النفسي أحياناً وهو في حالة الجلوس إلى أن يميل برأسه نحو بعض المسترشدين الذين يتم معهم الاتصال ، والأفضل في هذه الحالة أن يحرك المرشد النفسي وجهه فقط ولا يتحرك بجسمه ، أما في حالة الوقفة فيمكن للمرشد النفسي أن يستدير بجسمه قليلاً نحو المسترشد الذي يتم معه الاتصال ثم يعود إلى الوقفة المنتصبة حتى ينظر مباشرة للمسترشدين .

ويمكن الاستدلال على اتجاهات المرشد النفسي نحو المسترشدين من وضع الجسم عند الوقوف أو الجلوس ، فإذا تم الميل إلى الأمام في حالة توجيه الحديث إلى مسترشد يجلس في المواجهة أو تم الميل إلى الجنب في حالة توجيه الحديث إلى مسترشد يجلس على جانب ، ففي الحالتين يعبر الميل عن اتجاهات إيجابية وتفاعل جيد من المرشد النفسي نحو المسترشدين ، أما إذا تم الميل إلى الخلف أو نظر المرشد النفسي إلى أسفل ، فهذا يُعبر عن اتجاهات سلبية وتفاعل غير جيد . ويلاحظ أيضاً أن الوقفة أو الجلسة المسترخية تشير إلى عدم الاهتمام أو الكبرياء أو نقص الثقة بالنفس وهذه الصفات السلبية لا يتصف بها المرشد النفسي الكفء .

2- المسافة بين المرشد النفسي والمسترشدين :

من الأفضل أن تكون المسافة بين المرشد النفسي والمسترشد صغيرة (1.5 – 2 متراً) وفي حالة الإرشاد الجماعي تحسب المسافة بين المرشد النفسي وأول صف للمسترشدين، إذا كانت الجماعة الإرشادية كبيرة (أكثر من 8) ، والمسافة الصغيرة بين الطرفين تعطي فرصة للمرشد النفسي لمتابعة المسترشدين جيداً ، خاصة متابعة تعبيرات الوجه والتفاعل غير اللفظي بين المسترشدين أنفسهم ، كما أن القرب الجسدى بين الطرفين يعد مؤشرا مهما على الانسجام بينهما . مع الالتزام بالمسافة المشار إليها .

3- دلالات استخدام اليد :

يستخدم المرشد النفسى صابع أو أصابع اليد لتوضيح شيء ما ، وهذا يعبر عن اتصال جيد ، أما إذا وضع يده فى وسط جسمه ، أو حاول تقليب اليد تعبيرا عن التهكم والدهشة .فإن هذا يعبر عن اتصال غير جيد .

4- وضع القدمين والزراعين :

بعض الأحيان ، يجلس المسترشد بطريقة طبيعية ، ولكن عندما نجده يضع قدميه أو زراعيه فى وضع معاكس (متقاطع) فإن هذا يفسر بشكل عام على أنه

علامة على الانسحاب أو عدم الاهتمام ، وهذا السلوك تختلف دلالته من ثقافة إلى ثقافة أخرى ، كما أنه يُقبل عند التعامل مع فئة الأطفال وقد لا يقبل عند التعامل مع فئة الكبار .

5- التقاء العينين :

من المهم أن يحرص المرشد النفسى على أن يحافظ على اتصال عينيه بعين المسترشد ، حتى يمكنه متابعة تعبيرات وجهه ويشترط في هذا الاتصال أن يكون طبيعيا ولا يبدو وكأن شخصا يطارد بعينيه شخصا أخر .

6- دلالات الصوت :

من المتفق عليه أن استخدام الصوت بطريقة إيجابية يضيف إلى خصائص المرشد النفسى الكفء صفة إيجابية ويزيد من متابعة المسترشدين الإيجابية للمرشد النفسى . ولكي يتم ذلك يجب الاهتداء بالإرشادات الآتية :

ا- صحة الصوت : Energy ، أى مدى قوة الصوت فى تكملة عبارة كاملة لها معنى دون نهجان أو توقف .

ب- تجنب الإسراف فى التنفس ، لأن التنفس بعد كل كلمة لا يعبر عن تواصل جيد ، ولذلك يجب التدريب على ملء الرئة بالهواء قبل التحدث ، ويمكن أيضا التدريب على الحديث بجملتين دون أخذ نفس .

جـ- الاسترسال فى الكلام ؛ أى إخراج الكلام بمعدل متوسط ، لأن السرعة تجعل الكلمات متداخلة ويصعب متابعتها ، كما أنها تزيد من التوتر الانفعالي للمرشد النفسى ، ويترتب على ذلك ضياع الكثير من الأفكار ، أما البطء فإنه يسبب الملل والتشتت والاسترخاء ، وفى الحالتين لا يكون التواصل فعالاً ، ويعتبر التردد فى الكلام دليلا على الاضطراب وعدم الثقة ، وقد يزيد الشك لدى المسترشدين بأن المرشد لا يملك أفكارا وألفاظا كافية .

د- تنويع طبقات الصوت ، وهو من العوامل التى تؤدى إلى الاتصال الجيد ، لأن الحديث بطبقة صوت واحدة يسبب الملل ، والتنويع يكون فى حدة الصوت (ارتفاع الصوت وانخفاضه) ورتابة الصوت (اختيار نغمة واحدة) .

7- دلالات ملابس المرشد النفسي :

تعطي ملابس المرشد النفسي انطباعات عنه ، ولذلك فالملابس المناسبة هي : التي تتناسب مع جنس المرشد أو المرشدة وتكون نظيفة ومنسجمة وألوانها عادية ، ولا يكتب عليها عبارات أو يرسم عليها صور ، والتي يكون طولها مناسباً، الملابس التي يتوفر فيها هذه الصفات تعطى انطباعات إيجابية عن شخصية المرشد النفسي ، والملابس التي لا يتوفر فيها هذه الصفات تعطي انطباعات سلبية عن شخصية المرشد النفسي وتؤدي إلى عدم تركيز المسترشدين في موضوع الجلسة ، ويحدث هذا عندما ينشغلون بما هو غير مألوف في ملابس المرشد النفسي ، والمطلوب هنا من المرشد النفسي الاهتمام بالملبس والمظهر ، دون الإسراف في الاهتمام أو عدم الاهتمام .

8- الإنصات الجيد :

يختلف الصمت Silence عن الإنصات Listening ففي حالة الصمت لا يتحدث المرشد النفسي ، ولكن عدم حديثه لا يضمن أن يكون منتبهاً للمسترشد ، ولكن في حالة الإنصات يكون عدم الحديث مع تركيز الاهتمام والانتباه للمتحدث .

ومن علامات الإنصات الجيد للمرشد النفسي :

أ- التركيز على المسترشد في متابعة تعبيراته خلال فترة كافية من الزمن .

ب- الإنصات بإيجابية سواء إيجابية لفظية مثل (ها أو ه .... الخ) أو إيجابية غير لفظية مثل (الابتسامة ، حركة اليد ، إماءة الرأس) . (محمد سعفان ، 2001 (ب) ، 35)

جـ- عدم مقاطعة المسترشد حتى يأتي دوره في الحديث .

د- عدم الاستماع فقط ، ولكن ضرورة متابعة تعبيرات وجه المسترشد وإشارته ونبرات صوته وتردده في الكلام .

هـ- محاولة استنتاج أفكار لم يقلها المسترشد .

و- تكوين فكرة عامة عن كل ما قاله المسترشد .

أهمية الاتصال غير اللفظي في الجلسة الإرشادية :

نشير إلى أهمية الاتصال غير اللفظي في الجلسة الإرشادية على النحو التالي :

1- يساعد كل طرف على نقل مشاعره واتجاهاته أو التعبير عن ردود أفعاله لاستجابات الآخر .

2- يعكس الحالة المزاجية للمرشد النفسي .

3- أشكال الاتصال غير اللفظي تعطي دلالات عن البيئة الثقافية عن المسترشد عندما نجده يجلس أو يشير أو يعبر بطريقة معينة .

4- يعطي معلومات إضافية عن شخصية المسترشد واتجاهاته نحو خبراته ، وذلك عندما يقوم المرشد النفسي بلفت انتباه المسترشد إلى سلوكه غير اللفظي ثم يتابع ردود أفعاله ، ومن الأمثلة على ذلك :

المرشد : ألاحظ احمرار وانقباض وجهك وترددك في الحديث كلما تحدثنا عن ذكرياتك قبل الزواج .

المسترشد : أجد صعوبة الآن في الحديث عما أشعر به .

شروط تحقيق الفائدة من الاتصال غير اللفظي :

يتطلب تحقيق الفائدة من الاتصال غير اللفظي أن يتم فهم الرسائل بين المرشد النفسي والمسترشد ، ومن أهم الشروط التي تحقق ذلك :

أ- أن يتوفر لدى المرشد النفسي المهارة الكافية لفهم رسائل المسترشد .

ب- أن تفسر الرسالة في السياق العام لموضوع الجلسة .

جـ- ممارسة التغذية الراجعة لمعرفة آثار السلوك غير اللفظي على المسترشد أثناء الجلسة الإرشادية .

ثانياً : الاتصال اللفظي :

يعتمد الاتصال اللفظي الجيد على أربع مهارات هي : اللغة والمحادثة وفن الإقناع وقوة التأثير على الآخرين ، وهذه المهارات يمكن الاستدلال عليها من ممارسة المرشد النفسي لفنيات المقابلة الإرشادية ، ونعرض في هذا الجزء أهم هذه الفنيات كما يلي :

1- فنية التساؤل Questioning technique :

من خصائص المقابلة أنها محادثة ، ولا تخلو المحادثة من سؤال موجه من المرشد النفسي إلى المسترشد أو العكس . وفي المقابلة يستخدم المرشد النفسي الأسئلة المقيدة والأسئلة المفتوحة على السواء ، وهذه بعض الأمثلة على النوعين من الأسئلة :

من أمثلة الأسئلة المفتوحة :

- من أين نبدأ الحديث ؟
- ما شعورك الآن ؟

من أمثلة الأسئلة المقيدة :

- متى غادرت المنزل اليوم ؟
- كم مرة حدث لك ذلك ؟
- أين تذهب عندما تترك المنزل ؟

مميزات الأسئلة المفتوحة :

أ- تساعد على افتتاح المقابلة : ومن الأمثلة على ذلك :

- ما الذي ترغب في الحديث عنه اليوم ؟

- هل ترغب في استكمال القصة التي رويتها في الجلسة الماضية ؟

ب- تعطي فرصة للمسترشد لكي يعبر عن مشاعره واتجاهاته ، وأن يركز انتباهه عندما يفعل ذلك : مثال : ما شعورك وأنت تخبرني ذلك ؟

جـ- تساعد المسترشد في التركيز على فكرة محددة أو موضوع محدد . أمثلة على ذلك :

- هل يمكن أن تحدثني أكثر عن ذلك ؟
- ما الذي جعلك تعتقد في ذلك ؟

د- تساعد المرشد النفسي على استخلاص فكرة أو اتجاه أو سلوك من خلال طلب توضيح من المسترشد . أمثلة على ذلك :

- أعطني مثالاً على ذلك ؟
- ماذا تعني بقولك أن كله بيضحك على كله ؟
- ماذا تفعل عندما يزداد شعورك بالذنب ؟

مميزات الأسئلة المغلقة :

أ- تغطي موضوعات كثيرة أثناء الجلسة .

ب- عند تسجيل الاستجابات عنها ، يسهل الاطلاع عليها ومراجعتها .

جـ- يسهل تقدير الاستجابات عنها كمياً (بالدرجات) .

د- تمكن المرشد النفسي من مقارنة استجابات المسترشد عنها في مواقف مختلفة .

يمكن أن يجمع المرشد النفسي بين مميزات الأسئلة المفتوحة والأسئلة المغلقة بأن يستخدم النوعين أثناء الجلسة ، ويفضل أن تستخدم الأسئلة المفتوحة في بداية المقابلة لأنها تُزيد من ثقة المسترشد في المرشد ، وتشعره بتقبل المرشد له خاصة عندما يمضي وقتاً يكون فيه المرشد منصتاً للمسترشد .

قواعد ممارسة فنية التساؤل :

نشير إلى أهم قواعد ممارسة فنية التساؤل كما يلي :

أ- اختيار الوقت المناسب ، والمقصود بالوقت المناسب عدم مقاطعة كلام المسترشد، ولكن يجب استغلال وقفات المسترشد لطرح السؤال .

ب- أن يطرح السؤال بصوت مسموع وواضح .

جـ- أن يتلاءم السؤال من حيث الصياغة والمحتوى مع الخلفية الثقافية للمسترشد .

د- أن يكون المسترشد مهيأ للاستجابة .

هـ- أن يُطرح السؤال لكسب معلومات جديدة مرتبطة بموضوع الجلسة .

و- تجنب الأسئلة التي تحمل في طياتها التوبيخ واللوم والاتهام (محمد سعفان ، 2001 (ب) (31 – 32) .

2- فنية الإيحاء Suggestion technique :

يستخدم المرشد النفسي الإيحاء كوسيلة للتأثير على المسترشد ، حيث يقوم المرشد النفسي باستخدام الألفاظ والكلمات أو الإشارات ليوحي للمسترشد بالإجابات دون الإشارة إليها بصراحة . ويستخدم المرشد النفسي إطاره المرجعي في الإيحاء لتحديد ما يجب أن يقوله ويفعله المسترشد ، وكذلك ما يتوقع منه .

يستخدم المرشد النفسي فنية الإيحاء بأسلوب استفهامي في صورة تساؤلات واستفسارات مركزة على حالة المسترشد بطريقة غير مباشرة ، وعند استخدام الإيحاء يبدأ المرشد النفسي أولاً بالإنصات إلى المسترشد ثم يبدأ مناقشته بعد ذلك بموضوعية بهدف شرح وتفسير أفكار المسترشد ، ثم يوحي إليه بما يجب أن يقوله ويفعله ، خاصة إذا كان المرشد على علم بأن المسترشد يجد صعوبة في عبور أزماته أو اختيار بديل من البدائل المتاحة .

عندما يستخدم المرشد النفسي الإيحاء لنقل رسالته إلى المسترشد ، نجد المسترشد (في الغالب) لا يحاول المقاومة أو النقد ، لأن من يتقبل الرسالة عن طريق الإيحاء قد لا يستطيع نقدها بموضوعية ، لكن في بعض الحالات نجد المسترشد يمارس الإيحاء مع المرشد النفسي أو يقاوم إيحاء المرشد له ؛ في هذه الحالة يطلق على الإيحاء إيحاء مضاد Conter-Suggestion ، وإذا حاول المرشد النفسي إعادة السيطرة إليه ليقاوم إيحاء المسترشد ويمارس هو الإيحاء نظراً لأن الدور الأكبر في استخدام فنية الإيحاء يقع عليه بحكم إعداده المهني وخبرته في إبداء الملاحظات والتعليقات حول أفكار وأفعال المسترشد ، في هذه الحالة يطلق على الإيحاء: الإيحاء المضاد – المضاد Conter-Conter-Suggestion

من أهم العوامل التي تؤثر على فعالية الإيحاء ، جاذبية المرشد النفسي ومكانته بالنسبة للمسترشد وكاريزمية المرشد النفسي (أي قوة تأثيره على المرشد) والخبرات المتراكمة من تفاعل المسترشد مع المرشد النفسي ، واتجاهات المسترشد من جدوى خدمات الإرشاد النفسي ، وهنا تظهر أهمية معرفة توقعات المسترشد من المرشد النفسي عند استخدام الإيحاء.

أنواع الإيحاء والحالات التي يُستخدم فيها :

نشير في هذا الجزء إلى أنواع الإيحاء ، والحالات المختلفة التي يُستخدم فيها كما يلي: (ماهر عمر ، 1992 ، 484 – 486)

أ- أنواع الإيحاء :

أشار بيرن Byrn (1982) إلى أنواع الإيحاء كما يلي :

1- الإيحاء بالوصف مثل : هل يمكنك أن تصف لي ذلك ؟

2- الإيحاء بالامتداد مثل : هل هناك شيء تريد أن تضيفه ؟

3- الإيحاء بالأسباب مثل : كيف يمكنك تعليل ذلك ؟

4- **الإيحاء بالمشاركة** مثل : إلى أي مدى أنت متورط في هذا الموضوع ؟

5- **الإيحاء بالمراجعة** مثل : كيف تتصرف في هذا الأمر مستقبلاً ؟

6- **الإيحاء بالعلاقة** مثل : كيف يؤثر ذلك على مستقبلك ؟

ب- الحالات التي يستخدم فيها الإيحاء :

يمكن استخدام الإيحاء في الحالات التالية :

1- عند الافتتاح Opening :

المرشد : - ما الذي تحب أن تخبرني به ؟

- ماذا يدور الآن في ذهنك ؟

- من أين تريد أن تبدأ ؟

2- عند عرض الحالة Presenting the case :

المرشد : ما الذي تعاني منه ؟

ما أسباب حالتك من وجهة نظرك ؟

3- عند تقدير الذات Apprasial of self :

المرشد : ماذا ترى في نتائج الاختبارات التي أجريت عليك ؟

4- عند الافتراضات The Hypothesis :

المرشد : - ما الذي تفعله حيال هذه الصعوبات إذا أمكنك الاختيار ؟

- كيف يمكن لشخص ما أن يتغلب على هذه الصعوبات ؟

5- عند مناقشة البدائل Alternative :

المرشد : - ما هو أنسب الحلول لحالتك ؟

- في حالة عدم نجاح هذه الوسيلة – لا قدر الله – ما الوسائل الأخرى التي يمكنك أن تستخدمها ؟

3- فنية الإقناع Conviction technique :

الإقناع وسيلة للتأثير في المسترشد ، وعلى عكس الإيحاء يحتاج الإقناع إلى ممارسة المنطق Logic ، أي ممارسة قوانين التفكير ، فإذا كان المسترشد عند ممارسة الإيحاء يتقبل الرسالة باستنتاج جاهز ، يكون الموقف عند ممارسة الإقناع مختلفاً ، إذ يتعين على المسترشد استخلاص النتيجة بصورة مستقلة ، معنى ذلك أن من أولويات اهتمام المرشد النفسي تعلم المنطق وممارسته في الجلسة الإرشادية وفي مرحلة تالية يتم تدريب المسترشد نفسه على ممارسة المنطق .

توجد نظريات إرشادية كثيرة تعتمد الفنيات القائمة عليها على فن المنطق مثل الإرشاد النفسي القائم على النظرية المعرفية لدى " بيك " ، والإرشاد النفسي القائم على العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لدى " إليس " ، والعلاج القائم على المعنى لدى " فرانكل " ، وفي هذا الجزء نوضح أهمية المنطق للمرشد النفسي عند ممارسة فنية الإقناع مع المسترشد .

يحتاج المرشد النفسي دائماً إلى معرفة كيف يميز بين الأشياء والأفكار ، وفي حاجة إلى طريقة علمية يفكر بها ويقنع المسترشد بها ، وفي حاجة أيضاً إلى طريقة علمية تساعده على تجنب الخطأ ، كل ذلك يمكن تحقيقه إذا تعلم المرشد النفسي المنطق ووظفه في عمله ، ويستفيد المرشد النفسي من ممارسة المنطق على النحو التالي :

أ- باستخدام المنطق يمكن للمرشد النفسي تجنب الخطأ ، وذلك عندما يركز انتباهه في الأشياء نفسها التي يود إقناع المسترشد بها ، ثم " يجّري تطبيق عملي لعقله على صحة هذه الأشياء ، بعدها يستطيع إقناع المسترشد بسهولة . على المرشد النفسي ألا يتصور وهو يطبق هذه القاعدة أن عقله أكثر كمالاً من عقل المسترشد ، ولكن عليه أن يأخذ بالحقيقة التي تقول بأن الاختلاف بينه وبين

المسترشد هو اختلاف في الخبرة والإعداد العلمي وطريقة التفكير ، ولذلك فإن مشكلة المسترشد قد تكون في عدم قدرته على وضع أفكاره في مسالك مقبولة ، وبالتالي تأتي النتائج على غير ما يتوقع.

ب- المنطق يعلم المرشد النفسي كيفية إرجاء الحكم عندما لا يتوفر لديه الأدلة الكافية ، وعندما تتوفر هذه الأدلة يعلمه المنطق كيف يكون عقله ناقداً ، والمنطق في الحالتين يعلم المرشد النفسي كيفية الحد من المعادلة الشخصية الانفعالية (أي الحكم الذاتي) عندما يحكم على الأمور .

جـ- المنطق يعلم المرشد النفسي ألا يقحم أفكاره وخططه على المسترشد ، ولكن المرشد النفسي يُعلم المسترشد ، كيف يفكر وكيف يرتب البدائل وكيف يوظف طاقاته ، فالتركيز هنا على الوسائل المعينة على حل المشكلة .

د- إذا كان الفيلسوف الفرنسي فولتير Voltaire يذهب إلى القول " قبل أن أناقش أي شيء معك – عليك أن تحدد ألفاظك " فأولى بنا في مجال الإرشاد النفسي أن نطلب من المرشد النفسي ومن المسترشد ضرورة استخدام ألفاظ لها معنى ؛ لأن الاتصال أثناء المقابلة يفشل إذا أكثر المرشد النفسي أو المسترشد من استخدام الكلمات الفضفاضة التي ليس لها معنى مُحدد والمنطق نفسه جاءت تسميته من النُطق ، وهو يطلق على اللفظ ، وعلى إدراك الكليات باستخدام قوانين التفكير .

وإذا كان البعض يرى أنه من الضروري في مجال الإرشاد إعطاء اهتمام لمثل هذه الكلمات الفضفاضة التي يذكرها المسترشد ، فقد يكون لها مدلول ، وتشير إلى مكبوتات في اللاشعور ، أو يستخدمها المسترشد ليصرف انتباه المرشد النفسي عن الموضوع ، إلا أنه في كل الأحوال يجب على المرشد النفسي التحقق من مدلول اللفظ ، باستخدام فنيات المقابلة الأخرى مثل التساؤل والمواجهة .

هـ- المنطق يعلم المرشد النفسي كيفية إقامة الحجة وإقناع المسترشد ، والحجة التي يقيمها المرشد النفسي تعرف بالنتيجة في لغة المنطق ، وهذه الحجة لا تقوم على

فراغ ولكن لابد لها من بيانات أو حقائق أو أسباب أو فروض ، وهذه كلها تعرف بالمقدمات المنطقية التي تستند إليها النتيجة أو التي تفضي إلى نتيجة ، ويمكن أن نعطي أمثلة على ذلك بالقياس والاستقراء .

1- **القياس :** يعرف بأنه استدلال غير مباشر يبدأ بمقدمتين معلومتين فقط ، وتكون هناك نتيجة ملزمة عنهما .

مثال : قد يجد المرشد النفسي أن المسترشد يعمم خطأ بأن الناس كلهم يكرهونه . رغم أنه ذكر في حديثه أن والدته وحدها هي التي تحبه ، يمكن في هذه الحالة إقامة القياس كالتالي : *

- تقول إن الناس كلهم يكرهونك .
- رغم أنك ذكرت حب والدتك لك وهي من هؤلاء الناس .

∴ بعض الناس هم الذين يكرهونك .

ثم يستخدم المرشد النفسي قاعدة أن ما ينطبق على الجزء لا ينطبق على الكل .

2- **الاستقراء :** يعرف بأنه نوع من الاستدلال غير المباشر أيضاً مثل القياس لكن الاستقراء لا يلتزم بمقدمتين مثل القياس ، فهو يبدأ بأكثر من مقدمتين .

مثال : قد يشعر المسترشد بالذنب ، ونتيجة لهذا الشعور ، تكون لديه مشاعر اليأس من رحمة الله ، وهنا يكون دور المرشد تقديم أدلة من الآيات القرآنية والأحاديث وتاريخ الأدباء والعلماء تثبت له أن هؤلاء أتوا بأفعال شعروا بعدها بالذنب ، ولكن كانوا على وعي واعتراف بخطئهم ، فكان الذنب لديهم بناءً وليس هداماً .

و- يتعلم المرشد النفسي من المنطق المبادئ المنطقية التي يمكن استخدامها في إقناع المسترشد . ونعطي بعض الأمثلة على ذلك :

---

* هذا النوع من القياس يعرف بالقياس من الشكل الأول ، وهناك أنواع أخرى من القياس لم نتعرض لها . واكتفينا بهذا النوع لأنه أفضل أنواع القياس .

1- مبدأ إما – أو :

في بعض الأحيان يستخدم المرشد النفسي الأحكام المطلقة ، فيذكر للمسترشد أن مشكلته إما أن تحل أو لا تحل ، أو أنه إما أن يستمر في عمله أو يتركه ويبحث عن عمل آخر ، أو أن جماعة الأصدقاء إما أنهم أخيار أو أشرار . مثل هذا الحكم يسمى في المنطق بالأحكام الكمالية التي تصنف الناس إلى فئتين فئة صالحة وفئة غير صالحة ، وهذا الاتجاه الصارم الصلب لا يعترف بالوسط بين الاثنين ، لكن الواقع يؤكد وجود درجات بينهم ، وعلى هذا تصبح قاعدة الكل – أو لا شيء – قاعدة غير مفيدة لأن هناك انحرافاً عن كل طرف من الطرفين أيا كانت درجته ، وبالتالي يجب على المرشد النفسي أن يبتعد عن استخدام قاعدة إما –أو . لأن الأخذ بها قد يثبط عزيمة المسترشد طالما ليس في وسعه الوصول إلى الكمال .

2- مبدأ التناقض :

في بعض الأحيان يذكر المسترشد الشيء ونقيضه فيقول "أنا أحب صديقي ولا أحبه" "أرغب في الدراسة ولا أرغب فيها" "أشعر أن والدي يتقبلني ولا يتقبلني" ، ....الخ . في هذه الحالات يكون دور المرشد النفسي كشف هذا التناقض في فكر المسترشد وإقناعة بهذا التناقض . ومن الفنيات التي يستخدمها المرشد النفسي في كشف التناقضات بين أقوال وأفعال المسترشد ، فنية المواجهة Confrontation ، ويتم استخدامها بعد بناء علاقة إنسانية مع المسترشد كما يتم استخدامها بتدرج فيبدأ المرشد النفسي بإعطاء فرصة للمسترشد لعرض أفكاره أو ممارسة سلوكياته في مواقف متعددة حتى يتم كشف التناقض ثم يبدأ المرشد النفسي في لفت نظر المسترشد إلى بعض التناقضات ثم إلى كل التناقضات .

3- مبدأ الحقيقة – أو الاحتمال :

يسعى المرشد النفسي إلى البحث عن الحقيقة فيما يقوله المسترشد أو فيما وصل إليه من تحليل البيانات الخاصة بالمسترشد ومشكلته والتي جمعها باستخدام

أدوات جمع المعلومات، وعندما يفعل المرشد ذلك يجب أن يكون على وعي بالصعوبات التي تحول دون الوصول إلى الحقيقة ، فربما يكون هناك خطأ في تفسير ، أو أن عنصرا مهما لم يذكره المسترشد ، أو أن الأداة المستخدمة غير مناسبة ، مثل هذه العوامل قد تعطل من الوصول إلى الحقيقة (أي تحديد المشكلة ، والعوامل المسئولة عنها) .وليس معنى صعوبة الوصول إلى الحقيقة أن ينصرف المرشد النفسي عن المشكلة أو يخمن الأسباب المسئولة عنها ، ولكن عليه أن يعتقد بأنه ما لم يستطع الوصول إلى الحقيقة كاملة فإنه يمكنه الاقتراب منها ، وليس في هذا عيب ؛ لأن الاحتمالات يمكن أن تكون دليلاً على صحة التشخيص – طالما أننا لا نستطيع الوصول إلى الحقيقة كاملة ،وهنا يكون على المرشد النفسي اتخاذ القرار ولكن بعد أن يكون قد راعى الدقة والحذر في المعلومات التي في ضوئها وضع الاحتمالات ، مع مراجعة كل ما تم إنجازه .

4- فنية الاقتداء :

تتطور العلاقة بين المرشد والمسترشد عن طريق الاقتداء ، ومن خلال الاقتداء يتعلم المسترشد من المرشد النفسي الكثير من الأفكار والأنماط السلوكية الإيجابية ، ويشترط في التعلم بالاقتداء زيادة انتباه المسترشد للمرشد النفسي ، وعندما يتم تركيز انتباه المسترشد على ما هو محبب أو على ما يجب تعديله ، يكون الانتباه انتقائياً ، ومن شروط التعلم بالاقتداء أيضا زيادة دافعية المسترشد للتعلم ويختلف شكل الاقتداء ودرجته من مسترشد إلى مسترشد آخر ، فبينما نتوقع من الطفل أو المراهق أن يقتدي بالمرشد النفسي ، نجد المسترشد من كبار السن يمارس دور المقتدى به ، فيذكر للمرشد النفسي إنجازاته في تربية أولاده ، ويطلب من المرشد النفسي فعل ما فعله هو ، وإرشاد الآخرين بفعل ذلك ، وهذا السلوك من جانب كبار السن يكون له دلالات تشخيصية . ويوجد للاقتداء عدة أشكال ، يمكن ملاحظة بعضها لدى مسترشد دون الآخر ، وأهم هذه الأشكال ما يلي :

ا- *اقتداء غير معلل :* مثل اقتداء الأطفال ، حيث يتم تعلم السلوك دون الانشغال بأسباب تعلم هذا السلوك دون سواه .

ب- *اقتداء معلل :* مثل اقتداء الكبار حيث يتم الانشغال بتحديد أسباب تعلم هذا السلوك دون سواه .

جـ- *الاقتداء بخصائص الشخصية الظاهرة :* مثل الاقتداء بطريقة كلام المسترشد ، وطريقة استخدام يديه في الحديث ، ونوع الملابس التي يرتديها ...الخ .

د- *الاقتداء بمعايير سلوكية :* مثل الاقتداء بالسلوكيات التي نميز فيها بين الأضداد مثل : الصواب ، والخطأ ، الخير والشر ، الأثرة والإيثار .

5- فنية التغذية الراجعة. Feed – Back technique :

يذهب الكثير من المعالجين النفسيين والمرشدين النفسيين أنه لا يمكن لأي مقابلة علاجية أو طريقة علاجية أن تحرز أي تقدم نحو تحقيق أهدافها المخططة ما لم تدعم باستخدام فنية التغذية الراجعة ، وفي ذلك يؤكد روبنسون Robinson,s (1993) أن الناس يبحثون عن التغذية الراجعة لعدة أسباب منها ما يلي :

ا – تقييم قدراتهم التي تزيد من مدى تنبؤهم بمهامهم في المستقبل .

ب- كي يحصلون على شعور بالقدرة التي تساهم في التقدير الذاتي لهم .

جـ- تصحيح الأخطاء المتعلقة بإنجازهم والتي تساعدهم علي تحقيق أهدافهم المهمة.

وعن دور التغذية الراجعة في تقدير الذات يؤكد "روبنسون" أن الناس مدفوعون لقياس أنفسهم طبقا لمستويات أخرى ، وأن إحدى الطرق لتطوير التصور الذاتي الإيجابي هو البحث في التغذية الراجعة التي تنمى الصورة الإيجابية للنفس ، وبالطبع فإن الرغبة في تصحيح الذات سوف تتأثر بمصدر التغذية الراجعة وقد أظهرت الدراسات أن الناس عموما يتزودون بالتغذية الراجعة الإيجابية ويتجنبون التغذية الراجعة السلبية ، حتى ولو كان هناك ما يبرر استخدامها، والأشخاص يبحثون دائما عن التغذية الراجعة من الآخرين .

في ضوء ما سبق فإن فنية التغذية الراجعة من الفنيات التي تحقق التواصل الجيد في الجلسة الإرشادية ، ومن خلالها يتم معرفة الأهداف التي تم تحقيقها والأهداف التي لم تتحقق وأسباب عدم تحقيقها ، ثم يتم إطلاع المسترشد بكل ما تم إنجازه ، ويتم ذلك من خلال مقارنة سلوك المسترشد في ثلاث حالات هي : السلوك السابق والسلوك الحالي والسلوك المطلوب الوصول إليه .

وعند ممارسة التغذية الراجعة ، يمكن استخدام الوسائل التي تعطي المعلومات السمعية أو البصرية أو اللمسية أو الكتابية ، ويمكن استخدام التغذية الراجعة أثناء بناء الجلسة الإرشادية أو عند إنهاء الجلسة ويمكن تأجيلها إلى جلسة أخرى ، وعند ممارستها يمكن الاكتفاء بوصف الأخطاء فقط أو وصف الأخطاء وتصحيحها ثم تزويد المسترشد بالأفكار والأنماط السلوكية المناسبة .

في ضوء ما سبق ، يمكن تحديد أهداف التغذية الراجعة كالتالي (محمد سعفان ، 2001 (ب)، 41-42).

1- تدعيم وتثبيت الأفكار والسلوكيات المرغوبة .
2- تصحيح الأفكار والسلوكيات غير المرغوبة .
3- تقديم تفسير لصحة أو عدم صحة الأفكار والسلوكيات .
4- إعطاء بدائل مرغوبة للأفكار والسلوكيات غير المرغوبة .
5- تزويد المسترشد بمعلومات عن مقدار ما حققه من نجاح في ضوء المقارنة بين درجة وشكل سلوكه في السابق وفي الوقت الحاضر وما هو مطلوب أن يكون عليه ؛ حتى يزيد جهوده ويوجهها نحو التقدم .
6- تزويد المرشد النفسي بمعلومات عن كفاءته المهنية في إجراء المقابلة والتشخيص والعلاج، في ضوء ما تحقق من أهداف في كل مرحلة من مراحل العملية الإرشادية .

الفصل السابع

نماذج لبرامج إرشادية

بعد عرض مراحل العملية الإرشادية على النحو الذي تم في الفصول السابقة ، نعرض لثلاثة نماذج من الدراسات التي اعتمدت على برامج إرشادية على النحو التالي :

1- **الدراسة الأولى (تصميم دراسة الحالة) بعنوان :** برنامج علاجي يتكون من إعادة البناء المعرفي والواجبات المنزلية والتغذية الراجعة في علاج حالة لديها اضطراب الوساوس والأفعال القهرية .

2- **الدراسة الثانية (تصميم المجموعتين التجريبيتين) بعنوان :** فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والعلاج القائم على المعنى في خفض الغضب (كحالة وكسمة) لدى عينة من طالبات الجامعة (دراسة مقارنة) .

3- **الدراسة الثالثة (تصميم المجموعتين ، التجريبية والضابطة) بعنوان :** فعالية برنامج إرشادي لخفض قلق الانفصال لدى أطفال الروضة .



الفصل السابع

الدراسة الأولى تصميم دراسة الحالة

عنوان الدراسة

برنامج علاجي يتكون من إعادة البناء المعرفي والواجبات المنزلية والتغذية الراجعة في علاج حالة لديها اضطراب الوساوس والأفعال القهرية (محمد أحمد سعفان ، 2003) .

يتضمن هذا الجزء الموضوعات التالية :

1- مقدمة (تعريف الوساوس و الأفعال القهرية) .

2- مشكلة الدراسة .

3- أهداف الدراسة .

4- مصطلحات الدراسة .

5- منهج دراسة الحالة .

6- استجابات الحالة على أدوات الدراسة .

7- طرق العلاج المستخدمة .

8- خطوات تنفيذ البرنامج العلاجي .

9- نتائج الدراسة .

10- المتابعة .

11- التقرير النهائي .

أولاً : المقدمة :

مرض الوساوس والأفعال القهرية من الأمراض الشائعة ، والتي يمكن الاستدلال عليه من خلال ملاحظة سلوك المريض ، أو من خلال ما يذكره (التقرير الذاتي) أو من خلال تقويم آثار المرض على الفرد وعلى الآخرين أو من خلال الأدوات المناسبة المستخدمة في التشخيص ، ويظهر هذا المرض على شكل وساوس قهرية أو أفعال قهرية ، وقد توجد الوساوس فقط بدون الأفعال ، ولكن وجود الأفعال يحتم أن يوجد معها الوساوس ؛ والسبب في ذلك أنه عندما تتسلط فكرة على الفرد ويصاحبها الشعور بالقلق ، ثم يلجأ الفرد إلى أسلوب ما من أجل خفض القلق وينجح هذا الأسلوب في تحقيق ذلك الهدف يتبع ذلك تثبيت لهذا السلوك وتكراره كلما سيطرت الفكرة الوسواسية مرة أخرى .

ومن أعراض الوساوس القهرية الشائعة الأفكار المتعلقة بالقذارة والجرائم والشك والحيرة والتردد وتوقع الخطأ والخوف من إيذاء النفس وإيذاء الآخرين والضمير المفرط واضطراب الخلق الوسواسي (حيث يشعر الفرد بالخطيئة والذنب تجاه خبراته) ، والتشاؤم وتوقع أسوأ الاحتمالات والكوارث . وهناك أفكار ثابتة تحرض الفرد على القيام بسلوك قهري ولكن السلوك لم يتم بعد (لأنه مازال فكرة وسواسية) .

وقد أورد " شلدرون كاشدان " في كتابه " علم نفس الشواذ " حالات بعض طلاب الجامعة الذين طلب إليهم أن يصفوا الأفكار المتسلطة والثابتة لديهم ، فذكر أحدهم : أنه عندما كان في حوالي الثامنة من العمر " خيل إليه أنه سيقطع رقبته من الأذن إلى الأذن مستخدماً في ذلك سكيناً كبيرة معينة كانت في مطبخ جدته ، ولم يكن يستطيع أن يبعد عن نفسه هذه الفكرة، وكان يخشى الاقتراب من تلك السكين ". وذكر طالب آخر : أنه حين يكون في محطة السكة الحديدية يترقب قطاراً ما ، يجد

في نفسه الرغبة في أن يقفز أمامه ولم يحدث يوما أنه تمكن من التخلص من هذا الشعور ، وقد حدث الشيء نفسه عندما شاهد شلالات في الصيف لقد أحس وكأن شيئاً يحفزه على أن يقفز فيها (شلدون كاشدان ، 1977 : 6) . معنى ذلك أنه في حالة الوساوس القهرية بدلاً من أن يفهم الشخص العالم ويسيطر عليه بأفكاره ، يحدث العكس وتصبح هذه الأفكار هي التي تسيطر عليه .

ومن أعراض الأفعال القهرية الشائعة الطقوس الخاصة بالنظافة ، وغسيل اليدين ، ثم طقوس المراجعة مثل : مراجعة غلق الأبواب والأقفال والنوافذ وتفحص أجهزة الغاز . وهذه الطقوس تعكس شكوك المريض بصحة ودقة أدائه أو أداء غيره ، وهناك الطقوس المرتبطة بالشكوك حول صحة الوضوء والصلاة ، فيمكن أن نجد المريض يكرر الوضوء أكثر من عشر مرات ، ففي كل مرة تسيطر عليه فكرة أن الماء لم يصل إلى كل جسمه أو أنه أغفل جزءاً معيناً من جسمه ثم يضطر إلى إعادة الوضوء . وبالنسبة للصلاة نجد أن المريض تسيطر عليه الأفكار الوسواسية بأن صلاته غير مقبولة ؛ لأن عقله شرد في فكرة معينة ، وهذا يخل بصحة الصلاة فيضطر إلى إعادة الصلاة مرة أخرى وهكذا يتكرر الفعل ، وهناك شكوك أخرى خاصة بالصلاة مثل : شك المريض بأنه لم ينطق الآيات القرآنية بالشكل اللغوي الصحيح ، أو أنه أغفل بعض أركان الصلاة فيضطر إلى إعادة الصلاة مرة أخرى . وأعرف شخصاً كان يضطر إلى رفع صوته بدرجة مرتفعة حتى في الصلاة غير الجهرية ؛ ليؤكد لنفسه أنه يؤدي الصلاة بطريقة صحيحة ولم يغفل شيئاً ، ولكن سرعان ما تسيطر عليه الشكوك حول صحة الصلاة فيضطر إلى إعادتها مرة أخرى ، ويقضي في هذا الفعل وقتاً طويلاً ، وأعرف شخصاً آخر كان يرفض الصلاة مع جماعة ويصلي بمفرده وذلك بعد المضايقات التي سببها للمصلين نتيجة تكراره لقراءة الفاتحة أو الآيات القرآنية أكثر من خمس مرات في

كل ركعة وبصوت مرتفع وذلك ليؤكد لنفسه أن عقله يركز كليا في الصلاة وفي معاني الكلمات .

وهناك أيضا ما يسمى بالبطء الوسواسي وهو سلوك يتميز بالأداء البطيء في إنجاز الأفعال والأنشطة المختلفة ، مثال على ذلك : الشاب الذي يقضي وقتا طويلاً في ارتداء ملابسه ، ويفسر هذا السلوك بأنه يرغب في الوصول إلى الدقة والكمال في الأداء والتفكير .

ومن الطقوس القهرية الحركية المشهورة : طقوس عد الأشياء مثل " النقود والسلالم وأعمدة الكهرباء " ، والشخص الذي يكرر هذا الفعل يؤكد لنفسه أن الأشياء لم تنقص أو أنه يريد امتلاكها كاملة . وقد نجد شخصا يكرر النظر إلى الخلف باستمرار ، ليؤكد لنفسه أنه لم يغفل شيئا هاما وراءه ، مثل قطعة نقود ، أو أنه لم يقتل كائنا حيا دون أن يشعر بذلك ، أو أن أحد الأفراد ينادي عليه وهو لا يسمعه .

وأعرف شخصا كان يحمل معه كراسة يدون فيها ما ينبغي أن يقوله أو يفعله حتى لا يخطئ ، وكان يدون فيها أيضا علامات القبول والرفض التي يشعر بها أو يسمعها من الآخرين . ومن المواقف التي يذكرها أنه عندما ذهب إلى مقابلة " فتاة " اختارها له والده ليتزوج منها كان يحمل معه كراسة مدونا فيها الأسئلة التي سوف يطرحها عليها ، وكذلك مدونا فيها إجابات لأسئلة من المحتمل أن تسألها له هذه الفتاة .

ونجد أحيانا شخصا مسرفا في الاستمناء ، وقد ابتدع عدة طرق للتخلص من وساوسه ومخاوفه المرتبطة بالاستمناء ، فبعد الانتهاء من الاستمناء كان يضطر إلى تكرار الفعل حتى يؤكد لنفسه أن صحته لم يصبها أذى ، ثم يذهب إلى المسجد ليؤدي الصلاة ، حتى يؤكد لنفسه أن الله لم يعاقبه ، أو أنه يستهدف الحصول على المغفرة من الله على فعله ، وأحيانا يذهب إلى الطبيب حتى يفحصه

ويطمئنه بأنه بخير ، كان يعلم أن كل ما يفعله سخافات ولكن كان يشعر بأنه مجبر على ذلك باستمرار .

ونجد مريضاً من عاداته أن يحمل الأحجار من الجانب الأيمن للطريق ويضعها في الجانب الأيسر من الطريق . ويمكث في أداء هذا الفعل القهري ساعات طويلة . وفي بعض الأحيان لا يعجبه هذا السلوك بحجة أن الشارع غير نظيف أو أنه ضيق . فيضطر إلى حمل الأحجار لمسافات طويلة حتى يضعها في مكان نظيف وآمن من وجهة نظره .

وقد أشار " راتشمان Rachman (1976) " إلى بعض الأمثلة على حالات الأفعال القهرية المُلزمة وعلاقتها بالخوف والقلق :

- مريض يبلغ من العمر (28) عاماً ، كان يشعر بالخوف الشديد من إيذاء الآخرين، فامتنع عن قيادة السيارة (خاصة عندما تراوده هذه الأفكار المثيرة) ، وكان يتفادى الشوارع المزدحمة خوفاً أن يسبب أذى للآخرين وكان يكرر فحص ماكينة الحلاقة والدبوس والزجاج ... الخ .
- رجل عازب يبلغ من العمر (36) عاماً ، تركزت مشكلته على الغائط (البراز) Excretion، فكان ينشغل بالتفتيش لمدة طويلة وبصورة مضنية عن وجود أي بقعة رمادية ، خاصة في ثيابه وأحذيته .
- مدرّسة (بمدرسة حضانة) تبلغ من العمر (40) عاماً ، انطبع في ذاكرتها فكرة أن كل السجاد والبطاطين في المنزل منخفضة ، فكانت تشعر بالخوف الشديد أن تزلّ قدم أحد إذا مشى عليه ، وكانت تنفق زمناً طويلاً في البحث عن الإبر والدبابيس المتناثرة على البلاط والأثاث ، وكان تعاودها فكرة التأكد من أن كل السجائر وأعواد الثقاب قد أُطفئت ... الخ .

- ممرض يبلغ من العمر (30) عاماً ، كان يسيطر عليه فكرة ضرورة التأكد من أن أحداً لم يُغلق عليه باب الغرفة بإهمال ، أو نُصب عليه بالدخول إلى البالوعة عن طريق فتحة ، أو أن الأطفال قد أُلقي بهم في صندوق الزبالة .
- مدرسة تبلغ من العمر (28) عاماً ، تنفق أكثر من ثلاث ساعات كل ليلة لمراجعة الأبواب ومحابس الغاز والنوافذ ومفاتيح الكهرباء ، وذلك قبل أن تذهب إلى فراشها .
- امرأة متزوجة تبلغ من العمر (35) عاماً ، كانت تعاود مراجعة الشرطة لتتأكد من أنها لم تسبب أي حوادث .

وقد أعطى " راتشمان " بعض الملاحظات على الأفعال القهرية وهي :

أ- معظم الأفعال القهرية تحدث بصورة كثيرة في منزل الشخص نفسه .

ب- معظم الأفعال القهرية تُنفذ عندما يكون الشخص وحيداً .

جـ- تزداد الأفعال القهرية عندما يكون الشخص متوتراً .

د- تزداد الأفعال القهرية عندما يشعر الشخص أنه مسئول عن مشهد يخصه أو أنه وضع بطريقة أخرى ، فإذا شعر الشخص أنه غير مسئول ، فنادراً ما ينشغل بأفعال قهرية .

ثانياً : مشكلة الدراسة :

مريض عمره الزمني (26) عاماً حصل على الدراسة الجامعية ويشكو من أعراض الوساوس والأفعال القهرية والتي تظهر في طقوس الاغتسال والانشغال والشك في إتمام الصلاة على الوجه الصحيح والشك في معاينة الأبواب والأقفال والشك في دقة وصحة معاملته مع الآخرين ، بالإضافة إلى طقوس الاستمناء .

وقد بلغت الوساوس والأفعال القهرية لديه حداً جعلته يقضي معظم أوقاته في تلبية وتنفيذ الأفكار والأفعال ؛ وقد أعاق هذا الكثير من نشاطه وجعل علاقاته

مع الآخرين محدودة ومضطربة ، ورغم أن أعراض الوساوس والأفعال القهرية قد بدأت لديه خلال سنوات تعليمه، إلا أنها لم تصل (على حد قوله) إلى الشدة والعنف التي هي عليه الآن ؛ ولذلك استمر في تحصيله الدراسي وتفاعله المحدود مع الأسرة ومع بعض الأصدقاء .

ويُعتقد أن الاضطراب الشديد الذي يعاني منه الآن قد تفجر لديه بدرجة حادة منذ وفاة أبيه ، وعندما سأله الباحث في المقابلة الأولى الحرة التي تمت بناء على رغبته لماذا لم تحاول طلب العلاج في الفترة السابقة مع أنك تطلبه الآن ؟ أجاب بقوله : كنت أخاف من موقف الآخرين فكنت أعتقد أنهم سيحكمون عليَّ بالسخف وسوف أكون في نظرهم إنساناً مخطئاً ضعيفاً ؛ ولذلك فضلت أن أحتمل معاناتي أفضل من تحمل سخف وسخرية الآخرين مني . ولكن بعد أن ازدادت حالتي سوءاً وبدأت مشاكلي مع نفسي ومع أسرتي تزداد يوماً بعد يوم ؛ فكرت في إمكانية عرض مشكلتي عليك وطلب المساعدة على حلها إن أمكن .

ثالثاً : أهداف الدراسة :

تتضح أهداف الدراسة في الآتي :

1- معرفة مدى إمكانية تشخيص الوساوس والأفعال القهرية باستخدام أدوات سيكومترية وإكلينيكية مع توضيح مدى الاتفاق والاختلاف بين نتائج هذه الأدوات .
2- تقييم فعالية العلاج بالواجبات المنزلية والتغذية الراجعة في علاج الوساوس والأفعال القهرية .
3- التأكد من استمرار فعالية العلاج عن طريق دراسة تتبعية يتم من خلالها تحديد مدى وأثر قيمة العلاج .

رابعاً : مصطلحات الدراسة :

في هذا الجزء سوف يعرض الباحث لمصطلحات الدراسة الحالية الرئيسية وهي الوساوس والأفعال القهرية والبنية المعرفية والواجبات المنزلية والتغذية الراجعة كالآتي :

1- تعريف الوساوس والأفعال القهرية :

يمكن تعريف الوساوس والأفعال القهرية كما ورد في كتاب دليل تشخيص الأمراض النفسية (DSM) مع ملاحظة أن الاختلافات بين هذا التعريف والتعريفات الواردة في المصادر الأخرى بسيطة .

أ- الوساوس Obsessions :

هي صور وأفكار وتخيلات ملحة ومتعاقبة ، واندفاعات تغزو الأنا بطريقة قهرية ، وهي ليست خبرة ناتجة بشكل اختياري ، بل هي بالأحرى أفكار تغزو الوعي والشعور ويخبرها الفرد وكأنها لا معنى لها أو أنها غير مرغوب فيها ، وهو يحاول باستمرار تجاهلها أو إخمادها دون جدوى ، والسمات الأساسية لهذه الاضطرابات أنها وساوس متكررة وقهرية تستنفذ الكثير من الوقت وتتدخل بصورة جوهرية في الحياة الروتينية العادية للشخص ، فتحتل كثيراً من الوظائف أو النشاطات الاجتماعية العادية للشخص أو العلاقات مع الآخرين ، ومن أبرز الوساوس شيوعاً : الشكوك والأفكار المتعلقة بالتلوث والعنف .

ب- الأفعال القهرية Compulsions :

هي سلوكيات هادفة ومتكررة تؤدي طبقاً لقواعد رئيسية أو أشكال نمطية ، يشعر الفرد أنه مجبر على القيام بها ، والسلوك القهري ليس هدفاً في حد ذاته ولكنه وسيلة لمنع بعض الأحداث أو المواقف المستقبلية ، والأنشطة التي يبذلها القهري

غير واقعية وليس لها معنى ولا يجني من ورائها أي متعة بالرغم من أنها تخفف توتره مثل : تكرار غسيل اليدين القهري .

2- تعريف البنية المعرفية : Cognitive structure

المقصود بالبنية المعرفية : محتوى الأفكار والاتجاهات والمعتقدات ، وهي مجموع وجهات النظر والأفكار التي يتبناها الشخص نحو نفسه ونحو الآخرين ونحو خبراته والمواقف التي يتفاعل معها من ناحية ، ومن ناحية أخرى هي : أساليب تفكيره الخاطئة مثل : المبالغة والتضخيم والتعميم الخاطئ والتطرف في التفكير وأخطاء الحكم والاستنتاج .

3- تعريف الواجبات المنزلية Home Work :

يمكن تعريف الواجبات المنزلية إجرائياً في ضوء أهداف الدراسة الحالية بأنها : مجموعة من المهارات والأنماط السلوكية في صورة تعيينات ، يتم تحديدها عقب كل جلسة في ضوء الأهداف الموضوعة للعلاج ، ويُكلف المسترشد بتنفيذها في المنزل أو في العمل بعد التدريب عليها أثناء الجلسة العلاجية ، وتصمم هذه الواجبات في شكل متتابع بحيث يتم تنفيذها على مراحل ويحدد فترة زمنية لتنفيذ كل واجب على حدة ، وهي تبدأ من البسيط إلى المعقد ومن المعارف إلى الأفعال ، ولا ينتقل المسترشد من واجب إلى آخر إلا بعد تنفيذ الواجب الأول بنجاح ، ويراعى عند تصميم هذه الواجبات المنزلية مراعاة قدرات المسترشد ورغبته في اختيار نوع الواجبات وتعتبر الواجبات المنزلية وسيلة لاكتشاف الذات وزيادة الوعي بالمسئولية وتنمية قوة الإرادة .

4- تعريف التغذية الراجعة Feed back :

يمكن تعريف التغذية الراجعة بأنها طريقة نزود بها المسترشد (الذي هو في حاجة لمعرفة رد فعل أقواله وأفعاله على نفسه وعلى الآخرين) بالمعلومات

الكافية سواء المتصلة بشخصيته أو المتصلة بمرضه والتي قد لا يدركها ، ومن خلال هذه المعلومات يمكن تقييم السلوك السابق المطلوب تعديله وتقييم قدرة ومحاولات المسترشد في تحقيق هذا التعديل ، وتقييم السلوك الجديد المعدل بناء على التقييم السابق ، إذاً فهي عملية مقارنة بين الداخل والخارج والسابق والحالي لتؤدي في النهاية إلى عملية تشكيل الوعي الذاتي وإلى تعديل السلوك الدال على الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية تعديلاً إرادياً .

خامسا : منهج دراسة الحالة :

استخدم الباحث عدداً من الأدوات السيكومترية والإكلينيكية ، بقصد جمع البيانات المتعلقة بالحالة في جميع الجوانب التي يرى الباحث أنها تفيد في التشخيص والعلاج كما يلي:

1- استمارة المقابلة الشخصية :

أعد هذه الاستمارة (صلاح مخيمر) وهي تساعد في جمع بيانات عن الحالة في جوانب متعددة مثل : الأسرة ، وصف الحالة لنفسها ، خبرات الطفولة ، سنوات التعليم ، الحوادث ، الأمراض ، الحقل الجنسي والعلاقات الاجتماعية .

2- المقابلة الحرة الطليقة :

تهدف هذه المقابلة إلى جمع المعلومات عن الحالة في جميع المجالات الخاصة بالحالة، ورسم صورة إكلينيكية واضحة عنه ، والتأكد من صدق استجاباته على أدوات الدراسة . كما استخدمت أيضاً أثناء جلسات العلاج ومتابعة تنفيذ الواجبات المنزلية وإجراء التغذية الراجعة.

3- مقياس السيكاثنيا (ب . ت) :

يعرف هذا المقياس بالسيكاثينا Psychasthenia ، وهو نوع من العصاب يتصف بالوساوس المتسلطة والخوف المرضي وغير ذلك من الأفكار الثابتة .

ومقياس السيكاثنيا مقتبس من اختبار الشخصية المتعدد الأوجه The Minnesota Multiphasic Personality Inventory الذي قام بوضعه اثنان من جامعة "مينسوتا " خلال الفترة ما بين (1930 – 1940) وهما الطبيبان " ج شارنلى ماكنلى " والسيكولوجي " ستاكر . هاثاوى " ، وقام بتعريبه ، " لويس كامل وعماد الدين إسماعيل " ، وعطية هنا (لويس كامل ، وآخرون ، 1978) وقد استخرج هذا المقياس من استجابات أشخاص وسواسيين قهريين ممن كانوا يعانون أيضاً من الانقباض الشديد . وتصنف الأعراض على هذا المقياس في صور مختلفة وهي :

1- حالات التسلط الفكري كأن يسيطر على المريض فكرة القتل .

2- الأفعال القهرية مثل : كثرة غسيل اليدين .

3- الوساوس الانفعالية ، وتبدو في حالات المخاوف المتسلطة والشعور بالخجل من النفس والغيرة والشكوك .

ويتكون المقياس من (48) عبارة ، يجاب عليها بنعم أو لا ، ويتم تحويل الدرجة الخام إلى درجة تائية ويفضل إكلينيكياً الاعتماد على مقياس الكذب المتضمن في المقياس الأصلي لمعرفة مدى تأثير إجابات الفرد على (ب.ت) بنزعته إلى الكذب ، ويلاحظ أن المدى من (70 – 80) يشير إلى الاضطراب الشديد .

4- اختبار ساكس لتكملة الجمل :

أعده " جوزيف م. ساكس " في عام (1947) ويتكون من (60) عبارة ، تغطي (15) مجالاً فرعياً . وهي الأسرة ، والجنس ، والعلاقات الشخصية المتبادلة، ومفهوم الذات (مصطفى فهمى ، 1967 ، 559 ، 568) .

5- اختبار تفهم الموضوع : (T.A.T)

وضع هذا الاختبار (كريستيانا مورجن وهنرى موراى) وقام بتعريبه (محمد عثمان نجاتي) وهو أداة تكشف للسيكلوجي عن العوامل الدينامية الفعالة

المؤثرة في السلوك . ويتكون من (31) بطاقة ، بعضها خاص بجميع الذكور وبعضها خاص بجميع الإناث وبعضها خاص بالجنسين ، مع ملاحظة أن بعض البطاقات خاصة بالأعمار تحت (14 سنة) . والبعض الآخر خاص فيما فوق (14 سنة) . والأساس الذي يقوم عليه هذا الاختبار هو اتجاه الأفراد لتفسير موقف إنساني غامض يتفق مع خبراتهم الماضية وحاجاتهم الحالية ، ويمكن الاعتماد على بعض هذه البطاقات في ضوء ملاءمتها للدراسة الحالية .

بعد عرض الأدوات المستخدمة في الدراسة الحالية سوف يعرض الباحث استجابات الحالة على هذه الأدوات ثم يعرض طريقة وإجراءات العلاج كما يتضح في الخطوات التالية:

سادساً : استجابات الحالة على أدوات الدراسة :

نعرض ملخصاً لاستجابات الحالة أثناء المقابلة ، كما نعرض أيضاً ملخصاً لاستجابات الحالة على أدوات الدراسة وذلك لعدم الإطالة .

1- ملخص الحالة من خلال استمارة المقابلة الشخصية :

عند إجراء الدراسة الحالية ، كان العمر الزمني للحالة (26) عاماً ، وقد أنهى الدراسة الجامعية في عمر زمني (23) عاماً ، بحصوله على ليسانس الآداب، وهو لا يعمل بأي وظيفة حتى الآن ، وإن كان يؤدي بعض الأعمال البسيطة الخاصة بفلاحة الأرض الزراعية الخاصة بهم ، ويأتي ترتيبه في الأسرة الأول ، يليه ثلاثة أخوة من الذكور . الأول عمره الزمني (21) عاماً ، لم يحصل على أي نوع من التعليم ، ويقوم بفلاحة الأرض ، وهو من النمط العنيد ، والمتكاسل ومن عاداته الأكل بشراهة ، والثرثرة في الكلام ، والثاني عمره الزمني (16) عاماً ، يدرس بالمرحلة الإعدادية من التعليم ، وهو من النمط الطيب ورغم أنه يحب اللعب – إلا أنه يعاني من الإجهاد والتعب إذا بذل أي مجهود – والثالث عمره الزمني

(11) عاماً ، ترك المدرسة ولم يؤد أي نوع من العمل حتى الآن وهو من النمط العنيد ، ويذكر " الحالة " بأنه لا يوجد أدنى تفاهم بينه وبين أخواته ، ويذكر الأسباب وراء ذلك بأنه قد يكون فارق السن أو التعليم بينه وبينهم ، أو لرغبته بأن يقوم بدور الأب أو ربما تكون هناك أسباب أخرى .

وفي أثناء المقابلة تبين أن ترتيب الحالة في الأسرة قد أدى إلى وجود بعض الصعوبات ، فزيادة شعوره بأن له وضعاً متميزاً لا يتوفر لأخوته الآخرين كان ناتجاً من مصدرين ، الأول : لأنه الطفل البكر للأسرة والثاني : استخدام أسلوب التدليل في تربيته خاصة من جانب الأم ، وقد توفى الأب عن عمر زمني (56) عاماً نتيجة لمعاناته مع المرض ورغم أنه لم يحصل على أي مؤهل علمي إلا أنه كان يتميز بالحكمة وكان يؤدي الصلاة في وقتها رغم ظروفه الصحية السيئة . وكان (الحالة) يتمنى أن يكون الأب مازال على قيد الحياة؛ حتى يستفيد من خبراته ويشعر بالأمان في هذه الحياة . أما بالنسبة للأم فهي مازالت على قيد الحياة عمرها الزمني (50) عاماً لم تحصل على أي مؤهل علمي وهي ربة منزل ورغم أنها طيبة إلا أن حالتها المزاجية غير مستقرة وتحب الحديث الكثير مع الجيران ودائماً تختلف مع (الحالة) ؛ وهذا من أسباب التشاجر بينهما فقد تمر أيام أو أسابيع أو أكثر من ذلك دون التحدث معاً رغم محاولتها المتكررة بأن تلبي طلباته بأي شكل .

العلاقات الاجتماعية للحالة محدودة فهو لا يميل إلى التفاعل مع الآخرين ، وإن كان له ثلاثة أصدقاء كان يجلس معهم كثيراً ويتحدثون معاً في جميع الموضوعات وهذه الجماعة قد لعبت دوراً مؤثراً سلبياً في حياته .

وبالنسبة لذكريات الطفولة ، فيذكر أن الأب كان يعامله بالشدة أحياناً واللين أحياناً أخرى ، أما الأم فكانت تستخدم معه أسلوب التدليل ويدلل على ذلك بالمواقف والأحداث التي يخص فيها أمه والتي تتميز بالعطف والحنان والاهتمام ، لكن خلال تطور نموه كان يحاول إظهار الاحتجاجات والعناد والمواقف المتصلبة تجاه أمه

بهدف التغلب على شكل الصلة الأمومية التي اكتسبها نتيجة تربيته بأسلوب التدليل . ورغبة (الحالة) في أن يكون الأب مازال على قيد الحياة ؛ ربما يكشف عن رفضه لشكل العلاقة مع الأم والتي ساهمت في عدم نموه اجتماعياً ، فالمشكلة لدى (الحالة) والتي عبر عنها أثناء المقابلة أنه لم يشعر بأنه عضو في أسرته له حقوق وعليه واجبات متساوية تجاه أخوته وأسرته ، ولكن كان يأخذ كل ما يطلب ، إلا أنه الآن أصبح مطالباً أن يعطى وأن يقوم بدور الأب وهذا ما يفسر اضطراب العلاقة بينه وبين أسرته .

2- ملخص استجابات الحالة على أدوات الدراسة :

أشارت استجابات الحالة على استمارة المقابلة الشخصية : أن مجالات صراعاته كانت مع الأم وأخوته ، وكان يفسر ذلك من وجهة نظره أن تربيته تمت بأسلوب التدليل ؛ ونتيجة لهذا الأسلوب أصبح في صراع بين الرغبة في إشباع رغباته بالطريقة التي كانت في الطفولة وبين الرغبة في الاستقلال النفسي والشعور بالمسئولية كما يتمنى الآن . وقد ظهر هذا التناقض أيضاً في المجال الجنسي فهو يرغب في التخلص من خبراته الجنسية خاصة الاستمناء ولكنه يشعر أنه مجبر على تكرار هذه الممارسات السلبية . كما أن الظروف الاقتصادية المنخفضة وعدم تدريبه على اتخاذ القرار وتحمل المسئولية كان وراء شعوره بالنقص وتردده والشك في كل شيء حتى نفسه .

كما أشارت استجابات الحالة على مقياس (ب . ت) : إلى أن الحالة لديه درجة مرتفعة من الوساوس والأفعال القهرية مما يتطلب معه ضرورة التدخل بالعلاج وجاءت نتائج التقرير الشخصي للحالة لتحدد مظاهر أعراض المرض كما في طقوس الاغتسال وأداء الصلاة وارتداء الملابس وغلق الأبواب والأقفال والشك في سلوكياته وفي تعاملاته مع الآخرين بالإضافة إلى طقوس الاستمناء .

كما أشارت استجابات الحالة أيضاً على مقياس " ساكس " لتكملة الجمل : إلى أن أكثر مجالات اضطرابه كانت مع الأم ثم أفراد أسرته ، كما وُجد اضطراب شديد في العلاقات الجنسية . كما تكشف استجاباته أيضاً على بعض سمات الشخصية الوسواسية : فيظهر لديه اليأس والتشاؤم والشك والتردد . كما أن غياب الأب كان العامل الرئيسي لظهور أعراض الوساوس والأفعال القهرية بهذه الشدة .

في ضوء استجابات الحالة على اختبار تفهم الموضوع (T.A.T) تبين وجود بعض السمات الوسواسية لدى الحالة مثل : الميل إلى التفكير التجريدي والتفكير في العقاب وتوقع الشر والشك والتردد وظهور الأفكار الاتهامية . وأنه يلجأ إلى استخدام بعض الميكانيزمات الدفاعية مثل : العزل والكبت والإسقاط . كما تشير استجاباته أيضاً إلى وجود ارتباط بين الوساوس والأفعال القهرية وشعوره بالذنب الناتج من اضطراب علاقته مع أمه وأيضاً من خبراته السيئة خاصة خبراته الجنسية .

وفي ضوء ما سبق يتبين اتفاق استجابات الحالة غالباً على أدوات الدراسة . وإن كان لكل أداة خصوصية فيما يمكن أن تكشف عنه ، فإن نتائج استجابات الحالة على استمارة المقابلة الشخصية واختبار " ساكس " لتكملة الجمل واختبار " تات " (T.A.T) قد أشارت إلى مجالات اضطراب الحالة وإلى خصائص شخصيته الوسواسية التي تشعر بالذنب والتي تتميز بالشك والتردد والحيرة والمراجعة والشعور بالنقص . كما فسر اختبار " تات " بعض الميكانيزمات الدفاعية التي يستخدمها ، أما الاستجابات على اختبار (ب . ت) فقد أشارت إلى ارتفاع درجة أفكاره الوسواسية وأفعاله القهرية وهذا يتيح الفرصة لتحديد هذه المظاهر للبدء في وضع خطوات البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية كما يظهر في الخطوة التالية :

سابعاً : خطوات تنفيذ البرنامج العلاجي :

يتم تنفيذ البرنامج العلاجي في الدراسة الحالية من خلال عدة جلسات تدور حول إقامة علاقة جيدة ، ثم الاتفاق على كيفية تنفيذ الواجبات وإجراء التغذية الراجعة ثم ننتقل إلى خطوات تنفيذ البرنامج العلاجي كما سيتضح في الخطوات الآتية :

الجلسة الأولى : (الافتتاحية)

الهدف من هذه الجلسة :

1- إتاحة الفرصة لبناء علاقة علاجية جيدة ، بين المعالج والمسترشد تتميز بالألفة والتقبل والمشاركة الوجدانية .

2- مشاركة المسترشد في اختيار نوع العلاج باعتبار أن هذه الإيجابية تأتي في المرتبة الأولى في اختيار نوع العلاج ، خاصة في حالات الوساوس والأفعال القهرية .

3- تحديد السلوك المستهدف بمشاركة المسترشد مادام قادراً على اتخاذ القرارات المناسبة بمساعدة المعالج ، ثم يقوم المعالج بعد هذا بتعريف السلوك المستهدف وهو (تعديل الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية) ، وهذا التعريف الدقيق يحقق إمكانية التأكد من فاعلية البرنامج المستخدم ، والمعيار المستخدم في إعطاء التعريف الإجرائي هو الاستجابة على الاختبارات لتحديد درجة ونوع الوساوس والأفعال القهرية .

4- تحديد الأهداف المراد الوصول إليها : فمن المنطقي بعد تحديد المشكلة وتعريفها لابد من تحديد الأهداف المراد الوصول إليها ، ونقصد بالأهداف هنا : التغييرات المستهدفة في سلوك الفرد وليس الوسائل والطرق التي تستخدم لتحقيق ذلك ، وبالطبع فإن تحديد الأهداف يساعد في تحديد الإجراءات العلاجية ويساعد

المسترشد على تنظيم ذاته ، فعندما يعرف الهدف فإنه سيتبع الخطوات المناسبة لتحقيقه ، وتنقسم الأهداف هنا إلى أهداف قصيرة المدى تصف خطوات إجرائية قابلة للقياس والملاحظة (عن طريق التغذية الراجعة) والهدف من تحديدها هو مساعدة المسترشد على الانتقال تدريجياً من مستوى إلى مستوى أفضل حتى يصل إلى المستوى النهائي المحدد في الأهداف طويلة المدى ، والأهداف طويلة المدى بدورها تصف ما يتوقع أن يكتسبه المسترشد من مهارات وقدرات تساعده على تعديل سلوكه أثناء تطبيق البرنامج وبعد التطبيق عند تفاعله مع مواقف الحياة العادية بمفرده .

الجلسة الثانية : الاستبصار بالمرض :

تهدف هذه الجلسة إلى تزويد المسترشد بمعلومات عن الوساوس والأفعال القهرية ، ومناقشة ما هو سائد ومتكرر منها وعن طريق الاستبصار هذا يمكن تحقيق بعض الفوائد مثل:

1- معرفة طبيعة الأعراض التي يعاني منها المسترشد .

2- فهم الأساليب التي أدت إلى الأفكار والأفعال القهرية والمشكلات المترتبة عليها.

3- معرفة أسباب تمسك المسترشد بالأفكار والأفعال القهرية بالرغم من محاولاته الفاشلة في التخلص من هذه الأفكار والأفعال .

وفي ضوء هذا فإن الجزء الأول من الجلسة سيركز على :

أ- أعراض الوساوس والأفعال القهرية بشكل عام .

ب- علاقة الشعور بالذنب بالوساوس والأفعال القهرية .

جـ- العلامات الفسيولوجية المصاحبة للقلق المرتبط بالشعور بالذنب والأفكار الوسواسية والأفعال القهرية .

د- السلوك غير العادي الدال على الوساوس والأفعال القهرية .

هـ- مشاكل الحياة وسوء التوافق الشخصي لمريض الوساوس والأفعال القهرية .

و- المضايقات .

ز- الديناميات والميكانيزمات الدفاعية لدى مريض الوساوس والأفعال القهرية .

وفي ضوء ذلك سيتم مناقشة العلاقة بين الشعور بالذنب والأفكار الوسواسية والأفعال القهرية والتي تم تحديدها أثناء التشخيص والسبب وراء هذا أن الشعور بالذنب لدى المسترشد كان عاملاً هاماً في ظهور الوساوس والأفعال القهرية، وكان يتصرف وكأنه واقع تحت سلطان إحساس لا شعوري بالذنب ومن هنا كانت طقوسه في الصلاة والصيام وارتداء الملابس والتأكد من قفل الباب ؛ هي بمثابة تأمين ضد شيء أو تدبير وقائي لابد أن يقوم به كيلا تقع مصيبة عليه أو على غيره ، وطالما أن الإحساس بالذنب عامل خلقي فإن مرض الوسواس القهري يُعد نوعاً من التكفير ؛ ولذلك يرفض المريض به أن يكف عن تحمل عقاب الآلام.

الجلسة الثالثة : تزويد المسترشد بمعلومات عن نوع العلاج :

غالباً ما يكون المسترشد في حالة يأس من إمكانية العلاج ولا يتوفر لديه معلومات كافية عن طرق العلاج ، لذلك يعطى معلومات واقعية بخصوص فاعلية طريقة عن أخرى وأن هناك طرقاً متنوعة للعلاج بعضها يركز على الأعراض والبعض يركز على الأسباب والأعراض . والطريقة المتبعة في الدراسة الحالية هي من النوع الثاني ويمكن تنفيذها من خلال استراتيجية الواجبات المنزلية والتغذية الراجعة في ضوء النظرية المعرفية – السلوكية مع الاعتماد على فنيات التحليل النفسي في إعادة البناء المعرفي .

الجلسة الرابعة : إعداد المسترشد للمعالجة :

يتم في هذه الجلسة تحقيق الأهداف التالية :

أ- تزويد المسترشد بمعلومات عن ضرورة التعرف على مرضه ومحاولة السيطرة عليه ، وأن اضطرابه قد يستمر أثناء العلاج وبعد العلاج ، فالأمر يتوقف على

تعرضه للشدات وإمكانية تنفيذه للواجبات المكلف بها ، وهذا الأسلوب يساعده على مواجهة الحقائق وتقبلها والتعامل معها . كما أن الهدف من هذا أيضاً إعداده نفسياً بأنه لن يكون دائماً ومستقبلاً خالياً من المرض .

ب- الاتفاق على نقل المسئولية العلاجية إلى المسترشد عند تطبيق الواجبات المنزلية المكلف بها .

جـ- الاتفاق على استخدام فنية التغذية الراجعة أثناء الجلسات سواء الممهدة للعلاج أو المستخدمة أثناء الجلسات العلاجية ويقوم هذا الأسلوب على حوار سقراطي مع المسترشد حول مدى نجاح أو فشل الجلسات الأولى المعرفية أو تنفيذ الواجبات المنزلية المكلف بها ومدى التقدم في العلاج وما إذا كان الأمر يتطلب إعادة جلسة علاجية أو واجب منزلي أو تغيير إجراء علاجي أو مساعدته على حل المشكلة. وذلك بهدف حفزه على تحمل مسئوليات العلاج وإدارته بنفسه وتقييم ذاته بصفة مستمرة .

الجلسة الخامسة والسادسة : إعادة تركيب البنية المعرفية :

دور المعالج في هذه المرحلة هو أن يجعل المريض على وعي بفعله التسلطي والقهري وبالدوافع التي تحضه عليه . فالعصابي الوسواسي القهري يقوم بأفعاله في الغالب دون أن يعرف المدلول الرئيسي لهذه الأفعال ، ومن خلال المقابلة يتم مناقشة المريض في صحة أفكاره تمهيداً لإعادة بناء تفكيره المعرفي وتصحيحه ، ولتحقيق ذلك تُطرح أسئلة تدور حول إعادة التركيب المعرفي وتتناول: توقعات الفرد وتوجهه والفلسفة الخاصة تجاه نفسه والعلاقة بين أفكاره واضطرابه ، وفي سبيل تحقيق ذلك سوف يتم استخدام فنية النمذجة ، بأن يعطي أمثلة عن المشاكل والأفكار غير الصحيحة التي يمارسها الإنسان وتكون أسباب اضطرابه وتعاسته ، وأن اضطراباته الانفعالية هي نتاج تفكيره وإدراكه للأحداث بشكل غير منطقي ، وأن الإنسان إذا ما أراد أن يخلص نفسه من هذه المشاكل فعليه

أن يتعلم ويتدرب على كيفية تنمية مدركاته بالشكل الصحيح وأن ينمي تفكيره العقلاني ويتخلص من تفكيره اللاعقلاني . ويتم ذلك عن طريق ربط المعرفة بالانفعال وربط الماضي بالحاضر على النحو التالي :

أ- واجب ربط المعرفة بالانفعال :

الهدف من هذا الواجب حث المسترشد على إدراك المواقف التي تؤدي إلى الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية والأوقات التي تظهر فيها بشكل متكرر ، والفترة الزمنية التي تستغرقها ، وبعد أن يتم تنفيذ هذا الواجب في الجلسة العلاجية . يطلب من المسترشد أن يقتني سجلاً يرصد فيه المهارات المطلوبة في هذا الواجب في المنزل ، ويسجل فيه أيضاً ما إذا كان هناك تحاور بينه وبين أفكار داخلية ، وسوف يتم تخصيص ساعة من الوقت كل مساء لتنفيذ هذا الواجب وإذا شعر المسترشد بعدم القدرة على إنجاز هذا الواجب دُوِّن في سجله عبارة : "أنا غير كفء في إنجاز هذا الواجب " ثم يشترك المعالج والمسترشد في تحديد أسباب عدم الكفاءة ويعاد تنفيذ الواجب المنزلي مرة أخرى . فالهدف هنا إيجاد حدود بين الإنسان وأفكاره وأفعاله والتدريب على إظهار هذه الأفكار والأفعال بطرق مختلفة .

وفلسفة هذا الواجب تقوم على فنية عرض الذات أو الدليل الذاتي Self-Demonstration التي تشير إلى تشجيع المسترشد على المشاركة في موقف يستطيع فيه أن يلاحظ مفاهيمه الخاصة وعندما يحصل على الدليل من هذه الملاحظة الذاتية يستطيع أن يغير من مفاهيمه الخاطئة وبالطبع كلما تقدم في النمو ازداد فهماً وعرف ذاته بصورةٍ موضوعية لذلك فإن تطبيق هذا الواجب سوف يتم بصفة مستمرة طوال فترة العلاج .

ب- واجب ربط الماضي بالحاضر :

قد يكون من الصعب التعرف على أحداث الطفولة المولدة للمرض بشكل مباشر من خلال واجب ربط المعرفة بالانفعال ، لذلك يُخصص واجب يكون الهدف

منه : معرفة ذكريات الطفولة المهمة ودليل أهميتها ؟ وبالطبع فإن مساعدة المسترشد على إزالة الكبت ولو بدرجة معقولة بحيث يسمح بالربط بين أحداث الماضي وأنماط السلوك المرضى الحالي يكون خطوة إيجابية في العلاج . فهنا يمكن أن نربط بين العرض وصلاته بحياة المريض ، ويصبح للفكرة الوسواسية معنى وللأفعال القهرية هدف ، لأن الفكرة والفعل تشيران إلى دوافع لا شعورية .

وهذه الواجبات سوف تحدد ما إذا كان المسترشد يحمل أفكاراً لا عقلانية مفرطة في المبالغة أم لا ؟ ومدى إمكانية تعديل هذه الأفكار اللاعقلانية ، كما تحدد وظيفة الكبت في حياته ومدى إمكانية إزالته .

الجلسة السابعة : واجب التدريب على صرف التفكير :

في هذا الواجب يتم تكليف المسترشد بصرف التفكير في أعراض المرض ذاتها إلى التركيز في أشياء معينة ؛ وهذا يمكن أن يساعد على إبعاد انتباهه عن أعراضه المرضية وشد انتباهه إلى موضوعات أخرى مثل : محاولة كتابة قصة أو خواطر معينة أو قراءة كتاب محبب إليه . وعن طريق تركيز انتباهه في أشياء مفيدة نستبدل النشاط الخاطئ بنشاط صائب أو أفعال مقبولة .

يتم تصميم الواجب المنزلي بأن يقوم المسترشد بعمل قائمة خاصة يدون فيها الأنشطة الفعلية التي قام بها عندما راودته الأفكار الوسواسية أو الأفعال القهرية ، وهذه القائمة سوف تساعد في إجراء التغذية الراجعة لهذا الواجب وتحديد إمكانية تنفيذ هذا الواجب ، وهناك عدة ملاحظات متعلقة بهذا الواجب يجب أن تراعى سواء قبل تنفيذ الواجب أو بعد تنفيذه ونلخصها كما يلي :

1- عند تحديد الواجب يجب التركيز على نوع النشاط وماهيته . فقراءة قصة تتضمن أحداثاً لأبطال يعانون من أمراض نفسية خاصة الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية من شأنه أن يعزز السلوك الخاطئ ولا يعدله .

2- إذا لم يتم تحقيق نجاح متقدم في تنفيذ هذا الواجب فيمكن إعادة المحاولة مرة أخرى ، وبالطبع لا يتوقع إنجاز الواجب كاملاً ولكن المهم المحاولة وتحقيق بعض التقدم .

الجلسة الثامنة : واجب إيقاف الأفكار :

في الواجب السابق (صرف التفكير) كان الواجب يتضمن صرف التفكير على أعراض المرض إلى أشياء أخرى . ولكن في واجب إيقاف الأفكار يتم تدريب المسترشد على الاستبعاد الفوري لكل فكرة غير مجدية وغير مرغوب فيها ؛ وبهذا الواجب يكون المسترشد قد اقترب بالفعل من مواجهة الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية لديه والتي سيتحقق في الواجبات التالية :

وتبدأ الطريقة بأن يطلب من المسترشد أن يغمض عينيه ويتكلم عن كل فكرة من أفكاره الوسواسية ، ثم يصرخ المعالج " قف " وأحياناً يخبط المعالج على المكتب أو الكرسي ثم يلفت نظر المسترشد إلى توقف الأفكار فعلاً ويتكرر ذلك عدة مرات وبعد ذلك يقوم المسترشد بتنفيذ هذا الواجب بنفسه في المنزل تنفيذاً منتظماً يومياً وبتكرار مناسب ويكرر بنفسه كلمة " قف " التي قد تنجح في طرد الفكرة الوسواسية من عقله ، وعن طريق التغذية الراجعة تبين أن هذه الطريقة يجب ألا تستخدم إلا عندما تكون الأفكار الوسواسية أقل شدة وإلحاحاً ؛ وبالتالي فإن استخدامها في بداية العلاج لا يعطي نتائج فعالة وتكون نتائجها العلاجية محدودة كما لا يوصى بها كفنية علاجية رئيسية ؛ وهذا سبب الاستفادة من هذه الفنية في مرحلة متأخرة من العلاج كفنية علاجية مساعدة .

الجلسات الخاصة بعلاج الأعراض المعرفية والسلوكية :

في هذه الجلسات سيتم التركيز على الأعراض المستهدفة للعلاج ، وسيكون الاهتمام أولاً بالأعراض التي لها أهمية في التدخل العلاجي حتى يكون التحسن في إحداها يضمن التحسن في الأعراض الأخرى .

أولاً : الأعراض المعرفية :

في هذه الجلسات سيتم التركيز على الأعراض المعرفية المستهدفة Focus on target symptoms والتي تم تحديدها من خلال أدوات الدراسة وهي كالآتي:

الجلسة التاسعة : واجب تعديل التشكك والتردد وطرح احتمالات متعددة :

قد تبين من استجابات المسترشد على اختبار T.A.T أنه يميل إلى التشكك والتردد وطرح احتمالات متعددة . وربما يكون ذلك ناتجاً من اعتقاده بوجوب التفسير الصحيح واتخاذ القرار الصحيح مائة بالمائة ؛ لذلك فهو يمتنع عن التفسير أو اتخاذ القرار ، وإذا اضطر إلى التفسير واتخاذ القرار فإنه يميل إلى طرح الاحتمالات العديدة والمتنوعة . والمعالج يشرح له، أنه لا يوجد في الواقع ثقة في قرار بهذه النسبة ولكن هي مسألة اختيار بديل من بدائل أو دراسة مميزات وعيوب القرار فإذا تغلبت المميزات فإنه يتخذ القرار والعكس . أما بالنسبة للقرارات الهامة فيمكن استشارة ذوى الخبرة للمساعدة في اتخاذ القرار . كما أن سلوكنا في الحياة التبسيط والتوضيح في تفسير الأشياء حتى يمكن التخفيف منها .

يتم بعد ذلك تنظيم واجب منزلي يهدف إلى التدريب على اتخاذ قرار واحد بشأن مواقف عديدة مثل : السفر والنوم ، وارتداء الملابس ، والأكل ، وزيارة صديق ، وأداء مباراة كرة قدم ، وحضور حفل زفاف صديق .. وهكذا ثم ينقل التدريب بعد ذلك إلى الحكم على المواقف وتفسيرها برأي واحد (أو احتمال واحد) على الأسئلة مثل : سبب زيادة أسعار السلع ؟ لماذا يخطئ الإنسان ؟

الجلسة العاشرة : واجب التخفيف من حدة الشعور بالذنب وتأنيب الضمير :

قد تبين من استجابات المسترشد على أدوات الدراسة أنه يعاني من شعور بالذنب وتأنيب الضمير نتيجة لخبراته السيئة أو علاقاته غير المشروعة وكذلك اضطراب علاقته مع أمه .

يقوم المعالج باستخدام المنطق بإقناع المسترشد بأنه يبالغ في لوم نفسه وتأنيب ضميره، وأن الشعور بالذنب متواجد لدى الجميع ، المهم أن يكون شعوراً بناءً يدفع الإنسان إلى تصحيح أخطائه وتعديل سلوكه ، وأن الإنسان يخطئ لأنه لا يعرف من الأمور إلا معرفة جزئية لذلك قد تأتي النتائج عكس ما كان يتوقع ؛ المهم أن يتعلم الإنسان ويصحح أخطاءه ويعدلها ، ثم يقوم المعالج بتصميم واجب منزلي يتضمن المهارات التالية :

أ- جمع بعض الآيات القرآنية التي تتحدث عن الشعور بالذنب وتفسيرها .

ب- جمع بعض الأحاديث النبوية التي تتحدث عن الشعور بالذنب وتفسيرها .

جـ- متابعة قصص الخلفاء الراشدين التي تشير إلى الشعور بالذنب ومعرفة أسبابه .

د- متابعة أشهر قصص الأدباء ورجال السياسة ومعرفة إلى أي مدى كانت لهم أخطاء ناتجة من المعرفة الجزئية ولذلك جاءت النتائج على عكس ما كانوا يتوقعون.

ويلاحظ أنه ليس هناك كم معين من المعلومات في المجالات السابقة يجب الحصول عليها ولكن المطلوب حفز المسترشد على تنفيذ الكثير من هذه المهارات . بعد ذلك يطلب من المسترشد أن يكتب الموقف الدال على الشعور بالذنب ويعطيه درجة من خمسة (من حيث تقييمه هو لخطورة الموقف) ؛ ثم يعطي لنفسه في تقديره لمشكلته درجة من خمسة أيضاً وتسجل بجانب الدرجة الأولى ؛ وبهذا يمكن استخدام هذا المقياس التقديري لمعرفة مدى تقييم المسترشد لمشكلته بالمقارنة بالمشاكل التي توصل إليها ورصدها من المصادر السابقة ، ثم يناقش المعالج والمسترشد معاً هذا التقييم في جلسة باستخدام التغذية الراجعة التي تزودهما بمعطيات تحدد وتصحح الأفكار اللاعقلانية وكيفية المبالغة وتضخيم الأمور .

والأساس الذي يُبنى عليه هذا الواجب هو الوصول باستخدام أسلوب الاستقراء المنطقي إلى أن الشعور بالذنب خبرة إنسانية عرفها الإنسان منذ الخلق

وسوف يستمر في معرفتها إلى يوم القيامة وليس المسترشد هو الإنسان الوحيد الذي يعاني خبرة الشعور بالذنب.

ثانياً : علاج الأعراض السلوكية :

تركز هذه الجلسات والواجبات المنزلية على علاج المشكلات السلوكية الفعلية لدى المسترشد والتي تم تحديدها في :

1- الأفعال القهرية الخاصة بطقوس الاغتسال .

2- الأفعال القهرية الخاصة بالصلاة .

3- الأفعال القهرية الخاصة بارتداء الملابس .

4- الأفعال القهرية الخاصة بقفل باب المنزل وباب السيارة (الأبواب) .

5- طقوس الاستمناء .

سوف يستخدم المعالج فنية " المواجهة " كفنية رئيسية في علاج هذه السلوكيات ثم يذكر للمسترشد أن تكرار المواجهة للمواقف التي تسبب عدم الراحة ومحاولة مقاومة الطقوس بالتدرج تساعد في معرفة أن سبب سيطرة الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية هو الانغماس في هذه المواقف . ويمكن في هذه الحالة استخدام النمذجة ثم يُعطى واجبات متشابهة حتى تزيد من قدرته على التحمل .

الجلسة الحادية عشرة : واجب تجنب طقوس الاغتسال :

تنفيذ هذا الواجب سيتم على مرحلتين :

المرحلة الأولى : يقوم المعالج في هذه المرحلة بمواجهة طقوس الاغتسال ، فيأخذ المسترشد إلى صندوق نفايات ، وباستخدام النموذج يقوم المعالج أولاً بغسل يديه ، ثم يلمس صندوق النفايات أمام المسترشد ، وبعد ذلك يضع يده على وجهه وشعره ثم يطلب من المسترشد تنفيذ الواجب أمامه ويكرر ذلك. وفي حالة فشل

المسترشد في تنفيذ هذا الواجب، يكرر المعالج هذا الموقف عدة مرات أمامه ثم يطلب منه أداء السلوك نفسه.

المرحلة الثانية: في هذه الحالة ينفذ المسترشد هذا الواجب في المنزل بمفرده، بشرط أن يمتنع عن غسل يديه بعد لمس الأشياء التي يعتقد أنها ملوثة أو قذرة إلا بعد ساعتين على الأقل ثم تزداد الفترة تباعاً، وعندما يحاول غسل يديه فعليه أن ينهي ذلك خلال مدة لا تزيد عن دقيقة في البداية، ثم تقل الفترة تباعاً مع تكرار الواجب حتى يمكن مواجهة المواقف التي تثير مخاوفه ومن المتوقع ارتفاع قلق المسترشد عندما يتم تعريضه لمثل هذه المواقف، ولكن مع تكرار الموقف فإن القلق ينخفض وإذا فشل المسترشد في تنفيذ هذا الواجب فيمكن عن طريق التغذية الراجعة معرفة أسباب هذا الفشل ثم يجهز نماذج لمواقف أقل صعوبة بغرض تنفيذها في المنزل مثل : الصور المتسخة أو الملابس المتسخة أو الكلاب.. وهكذا حتى يستطيع لمس صندوق النفايات مرة أخرى ثم يتم الانتقال إلى واجبات طقوس أخرى ويمكن نقص الفترة الزمنية التي يتم بعدها الاغتسال لتكون بعد 15 دقيقة أو 30 دقيقة .

الجلسة الثانية عشرة: واجب تجنب الشك في إتمام الصلاة كما يجب والشك في عدد الركعات:

يستخدم المعالج في تنفيذ هذا الواجب طريقة لعب الأدوار بهدف تعليم المسترشد الاستجابة المثلى، فيقوم المعالج بأداء الصلاة مع المسترشد ويكون إماماً والمسترشد مأموماً ، ثم يتناول الأدوار، وفي كل مرة يسأل المسترشد عن نسيان ركن أو أكثر من أركان الصلاة، بعد ذلك يطلب من المسترشد الحرص على الصلاة في "مسجد" مع الجماعة؛ لأن في هذه الحالة يكون جميع المصلين بمن فيهم المسترشد حكاماً على صحة الصلاة ويلفت نظر المسترشد أن رأى الجماعة هو الصواب دائماً، ثم يطلب منه أداء الصلاة في المنزل مع أخواته ويكون هو الإمام،

ويمكن في هذه الحالة أن يحدد الآيات القرآنية التي سوف يقرؤها في كل ركعة قبل الدخول في الصلاة وتصبح هذه الآيات محكاً مرجعياً على صحة الركعة وعدم النسيان. وبعد الانتهاء من الصلاة يسأل إخوته عما إذا كان نسى شيئاً أم لا، وفي حالة توارد الشك في عدد الركعات فيمكن في هذه الحالة اتباع القاعدة بأن يأخذ بالعدد الأقل، فإذا لم يحسم مثلا ما إذا كان أدى ثلاث أو أربع ركعات فيأخذ بالعدد الأقل ويكمل الصلاة باستخدام أسلوب مراقبة الذات في التنفيذ، وفي كل مرة يعطي لنفسه درجة من خمسة ويسجلها في السجل الشخصي ويراجع ذلك مع المعالج في الجلسة التالية.

الجلسة الثالثة عشرة : واجب تجنب طقوس الانشغال بالملابس واتباع نظام روتيني في ارتدائها :

يقوم المعالج مع المريض بتصميم الواجب المنزلي الذي يتضمن مهارات ارتداء الملابس (في المنزل) في أقل وقت مع محاولة تجنب التفحص في الملابس، ثم يطلب من المسترشد أن يعطي لنفسه درجة من خمسة عند كل مرة ينجز فيها هذا الواجب ويسجلها في السجل الخاص بتنفيذ هذا الواجب ثم يناقش في الجلسة التالية مدى التقدم في تنفيذ هذا الواجب، وما نوع الصعوبات التي واجهت المسترشد عند تنفيذ هذا الواجب .

الجلسة الرابعة عشرة : واجب تجنب طقوس معاينة الأبواب والأقفال :

يعتمد هذا الواجب على فنية المواجهة ، ويشمل هذا الواجب على تعريض المسترشد مباشرة للعوامل التي تبعث القلق نتيجة سيطرة الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية التي تسيطر عليه بأنه ترك الباب مفتوحاً ، ثم يذهب المرة تلو المرة للتأكد منه ، ثم يضع يده على القفل. ويتم تنفيذ الواجب في المنزل بشكل

متدرج حيث يعتمد على أحد أفراد الأسرة معه للتأكد من هذه الأفكار . وفي المرة الثانية بعد أن يقفل الباب ويذهب إلى الحجرة يطلب من أحد أفراد الأسرة التأكد من قفل الباب وفي المرة الثالثة عندما يذهب إلى قفل الباب يحاول التأكد من أداء الفعل مرة واحدة ولا يطاوع أفكاره مهما كانت درجة تسلطها عليه وذلك بأن يترك الباب ولا يعود للتأكد منه حتى ولو سيطرت عليه فكرة أنه مازال مفتوحاً . ويتم في الحالة الثالثة وضع درجة من خمسة لكل محاولة يؤديها بمفرده دون الاستعانة بأفراد الأسرة . والهدف من هذا الواجب أن يسمح للمسترشد بممارسة سلوكه العادي وكسر الشعور بالقلق الناتج من الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية وهو في موقف آمن حتى يكتسب التعود عليها .

الجلسة الخامسة عشرة : واجب تجنب طقوس الاستمناء :

تنفيذ هذا الواجب يتم على مرحلتين :

في المرحلة الأولى : يقوم المعالج بتقديم المعلومات للمسترشد عن سلوك الاستمناء من حيث الأسباب والأعراض والآثار السلبية عن تكرار هذا السلوك . والمطلوب التركيز عليه في هذه المرحلة بيان أن الاستمناء سلوك لا يظهر قائماً بذاته ، ولكنه جزء من السلوك العام ، ويجب أن يفسر في ضوء الشخصية الكلية ، فالغريزة الجنسية بشكل عام تحوطها قيود وتقاليد شديدة تجعلها خاضعة للكبت والمقاومة ، ولذلك فهي أكثر تعرضاً للشذوذ في مظاهرها وموضوعاتها كما في سلوك " اللواط " أو " السحاق " وقد تتجه نحو الذات كما في سلوك الاستمناء . وهذا السلوك (الاستمناء) له أسباب بعضها يرجع إلى خبرات الطفولة خاصة عندما كان يفعل ذلك بقصد اللعب والتجريب ، أو أنه قد تعود على أن يشبع كل ملذاته دون أي عائق في طفولته ، وقد ساعد على ذلك أنه الطفل البكر للأسرة ، ولكنه الآن لم يعد يشبع ملذاته بالطريقة نفسها كما كان في الطفولة . كما ينتظر منه الآن أن

يتحمل المسئولية وأن يعطى وأن يتعلم كيف يرجئ ، أو بمعنى آخر أن يتعلم كيف ينتقل من قطب الاستجابات المباشرة إلى الاستجابات المرجأة ، ولكنه مع ذلك يبحث عن تحقيق هذا الإشباع ، ويتخذ لهذا الهدف أسهل الطرق لمواجهة الصراعات النفسية الناتجة عن هذا التناقض في الاتجاهات إزاء السلوك الجنسي ، فهو ينفر منه ويعتبره من المحرمات ، ثم يجد نفسه مضطراً لممارسة هذا السلوك وشغوفاً به بحكم الممارسة والتعود ؛ وهذا ما سبب له التشتت والشك والإنهاك النفسي وجعله متناقضاً في اتجاهاته نحو نفسه وأسرته وأصدقائه ، ونحو ما يجب أن يكون عليه وما هو عليه الآن ؛ ونتيجة لذلك نما لديه الشعور بالذنب الحاد وبدأ يفقد احترامه لنفسه ويتشدد مع نفسه ويبتعد عن الناس ، وهذا ما يبرر ظهور الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية لديه كما تظهر في سلوكيات النظافة والمراجعة. وسلوك الاستمناء يعبر عن فشل المسترشد في التحكم في هذه الأفكار والأفعال فيضطر إلى تكرار السلوك نفسه مرة أخرى ؛ ليصبح هذا السلوك سبباً وعرضاً في الوقت نفسه .

في المرحلة الثانية: يكون التركيز فيها على تشجيع المسترشد على ضرورة الإقلال التدريجي من هذه العادة، عن طريق تعليمه وإرشاده إلى كيفية الاختيار عندما يكون في موقف اختيار ما بين الخضوع لهذا السلوك أو يكف عنه، ويتم تنفيذ ذلك من خلال واجبات منزلية يتم تنظيمها خلال الجلسات العلاجية ولا يخصص لها جلسة محددة ولكن يطلب منه تكرار تنفيذ هذا الواجب كلما ألحت عليه فكرة ممارسة الاستمناء.

وهذه الواجبات تهدف إلى إكساب المسترشد عادات لإرادة؛ لعمل سلوك إرادي جديد، يساعده على ذلك المعلومات التي توافرت لديه حول سلوك الاستمناء، فعندما يشعر بميل إلى الاستمناء يلجأ إلى الكف عن التفكير في هذا السلوك ويبحث عن أداء سلوك آخر مثل: أداء الصلاة، أو قراءة كتاب أو قصة، أو الخروج من المكان إلى مكان آخر به أفراد الأسرة أو أصدقاء ويتحاور معهم في أي موضوع

خارجي. وفي كل محاولة يتم وضع درجة من خمسة وهي تعبر عن درجة نجاحه في تنفيذ هذا الواجب. في هذه المرحلة يتم توظيف واجب التدريب على صرف التفكير وواجب إيقاف الأفكار مرة أخرى في تنفيذ هذا الواجب.

الجلسة الختامية : (السادسة عشرة):

يتم مناقشة ثلاثة موضوعات في هذه الجلسة وهي :

1- تقييم عام للبرنامج العلاجي ومناقشة أي ملاحظات حول أدوات التشخيص، والتشخيص، والبرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية.

2- التخطيط لتخصيص جلسة من أجل إجراء القياس البعدي (نتائج الدراسة).

3- التخطيط لإجراء متابعة علاجية على مرحلتين بالاتفاق مع المسترشد على أن تستغرق كل مرحلة ستة شهور ، وذلك بهدف تحديد ما الذي يمكن أن يفعله المسترشد لكي يحافظ على ما تم تحقيقه من خلال البرنامج العلاجي في مهاجمة الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية والسيطرة عليها كلما أمكن.

نتائج الدراسة

بعد تنفيذ البرنامج العلاجي خصصت الجلستان السابعة عشرة والثامنة عشرة من أجل إجراء القياس البعدي. وفي ضوء طبيعة وأهداف الدراسة الحالية سيعرض لنتائج الدراسة بعد تنفيذ البرنامج العلاجي لمعرفة مدى فاعلية هذا البرنامج في إعادة البناء المعرفي المرتبط بالأفكار الوسواسية والأفعال القهرية وكذلك علاج هذه الأفكار والأفعال لدى الحالة، ولتحقيق هذا الهدف تم اختيار ثلاث أدوات من أجل الاستدلال من خلالها على فعالية البرنامج من خلال القياس البعدي وهي:

1- مقياس السيكاثنيا (ب – ت).

2- اختبار ساكس "التكملة أجمل".

3- التقرير الذاتي للحالة.

ويمكن عرض الاستجابات على هذه الأدوات كالآتي:

1- تفسير الدرجة على مقياس السيكاثنيا (ب – ت):

عند تطبيق مقياس (ب – ت) في القياس البعدي بعد تنفيذ البرنامج العلاجي، تم حساب درجة (ب – ت) فقط دون حساب مقياس الكذب (ل) ، وذلك بعد الاطمئنان من خلال القياس القبلي (قبل تنفيذ البرنامج) على أن المسترشد لا يميل إلى تحريف استجاباته لعبارات المقياس كثيراً .

وبحساب الدرجة الخام في القياس البعدي على عبارات مقياس (ب – ت) فقد بلغت (12) درجة وبعد تحويل الدرجة الخام إلى درجة تائية باستخدام جدول المعايير الخاص بعينة التقنين في البيئة المصرية من المستوى الجامعي فقد بلغت (45) درجة تائية ، وهي بالطبع تقل كثيراً عن الدرجة (70) التي تميز بين الأسوياء وغير الأسوياء (في ضوء معايير المقياس).

وبالنظر في مضمون استجابات الحالة على مقياس (ب – ت) تبين وجود تحسن لدى الحالة نتيجة الاستفادة من خدمات البرنامج العلاجي إلا أن هذا التحسن لم يصل إلى درجة مرضية فبينما تشير استجابات الحالة على مقياس (ب – ت) ، إلى أنه بدأ يركز انتباهه فيما يفكر فيه ويقوم به من أعمال ، ولم يعد شارد العقل بالدرجة التي كان عليها من قبل ، وأنه بدأ يمارس حياته اليومية بشكل أفضل ، وبدأ يتفاعل مع أفراد أسرته ، ويذكر أنهم سعداء لإحساسهم بتغيير سلوكه معهم إلى الأفضل ، كما أنه لم يعد مدفوعاً لتنفيذ الأفعال القهرية بعد أن تعلم كيفية السيطرة عليها . ورغم كل الإيجابيات السلوكية السابقة إلا أنه مازال يشعر بالقلق عن أن تعود حالته إلى ما كانت عليه من قبل ، أو أن الناس ينظرون إليه نظرة غير سوية أو يفهمونه خطأ ، ورغم رغبته الشديدة في تكوين علاقات اجتماعية ناجحة مع الآخرين إلا أنه مازال يشعر بحساسية من معظم الناس ويشعر بالتوتر والخجل عند

الحديث أمامهم ، ويذكر في هذا الاتجاه أنه يشعر ببعض الثقة بالنفس ولكنه لم يصل إلى الدرجة التي يتمناها .

2- الاستجابات على اختبار " ساكس " لتكملة الجمل في القياس البعدي :

تم حساب المنوال لدرجات الحالة على اختبار " ساكس " التي اتبعت في القياس القبلي بعد ذلك قام الباحث بتفسير استجابات الحالة مستعيناً بالبيانات التي جمعت أثناء المقابلة التي أجريت بعد تنفيذ البرنامج العلاجي ، وعرض لها بشكل مختصر كما يلي :

المقارنة بين استجابات الحالة على اختبار " ساكس " الاختبارات نفسها في القياس القبلي والقياس البعدي تشير إلى وجود تحسن نسبي في العلاقة مع الأم ، فيذكر أنه يحاول الآن التحدث معها ومحاولة إسعادها ولكنه مازال يشعر ببعض الصعوبات في هذا الاتجاه ، كما أنه لم يكتسب الثقة الكاملة في أن يكون مسئولاً بدرجة مقبولة رغم أن أمه (كما يذكر) قد شعرت بهذا التحسن في العلاقة بينهما .

كما وجد تحسناً أيضاً في الاتجاه نحو الأب (مع العلم أن هذا الاتجاه كان من أقل الاتجاهات اضطراباً في القياس القبلي) فهو يعلم الظروف والمشاكل الصحية التي كان أبوه يعاني منها ، ولذلك تعاطف معه وتمنى لو كان حياً الآن ليرد إليه الجميل ، ويساعده على تربية إخوته ، ولكن الآن عليه أن يفعل ذلك بالتعاون مع إخوته فكان يردد العبارة " قدر الله وما شاء فعل " . واستجابات الحالة في اتجاه وحدة الأسرة ، تشير إلى وجود تحسن ملحوظ ، وأنه بدأ يشعر بالمسئولية تجاه الأسرة ، وبدأ يتفاعل مع إخوته ، وإن كان لم يصل إلى درجة النجاح التي يتمناها .

أما الاتجاه نحو المرأة فكان من الاتجاهات التي حدث فيها تحسن نسبي ، وهذا يشير إلى وجود بعض العقبات في توافقه مع المرأة ، وربما تكون العوامـــل

الاقتصادية المنخفضة وعدم استلامه العمل الوظيفي بالإضافة إلى زواج الفتاة التي يحبها ، كانت هذه العوامل المسئولة عن عدم حدوث تحسن كبير في هذا الاتجاه ، كما تكشف الاستجابات نحو العلاقات الجنسية الغيرية إلى وجود تحسن ملحوظ في هذا الاتجاه ، وإذا كانت الأفكار الجنسية تراوده من وقت لآخر (كما يذكر) إلا أنه تخلص تماماً من كل أنواع السلوك الجنسي الشاذ ، ولم يعد يقدم على أي نوع من الفعل الجنسي . ولم تعد هذه الأفكار تتحول إلى أفعال قهرية كما كان من قبل ، ويحاول الآن التخلص من هذه الأفكار الجنسية باستخدام المهارات التدريبية التي تعلمها أثناء العلاج . وتشير الاستجابات نحو الأصدقاء والمعارف ونحو رؤساء الدراسة والمرؤوسين ونحو زملاء الدراسة إلى أن هذه المجالات كانت أقل اضطراباً سواء في القياس القبلي أو القياس البعدي .

واستجابات الحالة نحو المخاوف تشير إلى وجود تحسن نسبي في هذا الاتجاه وإن كانت هناك بعض الاضطرابات في هذا الاتجاه بسبب الخوف من عدم القدرة على مواجهة الواقع والخوف من عودة الأعراض المرضية بالشدة التي كانت عليها قبل العلاج .

وتكشف الاستجابات في اتجاه القدرات الذاتية إلى وجود تحسن ملحوظ في هذا الاتجاه ورغم أن الحالة لديه رغبة شديدة في مواجهة الواقع وتحمل المسئولية إلا أنه لم يصل إلى الدرجة التي يتمناها في هذا الاتجاه . وكانت الاستجابات في الاتجاه نحو الماضي في القياس القبلي والقياس البعدي واحدة ، وينظر الحالة إلى الماضي على أنه بدون مشاكل حيث كان يشبع حاجاته بسهولة ولم يكن فيه يتحمل مسئولية أو التزامات على نحو ما عليه الآن . وتشير استجابات الحالة في الاتجاه نحو المستقبل إلى وجود تحسن ملحوظ لدى الحالة فبعد أن كان ينظر إلى المستقبل بنظرة اليأس والتشكك والتردد ، أصبح الآن ينظر إليه نظرة إيجابية مستفيداً من

أخطاء الماضي ، إلا أنه يشعر بالقلق من أن تعود الأعراض المرضية إليه بالشدة نفسها التي كانت عليها من قبل العلاج .

تكشف الاستجابات في الاتجاه نحو الأهداف إلى وجود تحسن ملحوظ أيضاً فبعد أن تبين في القياس القبلي وجود اضطراب لدى الحالة في علاقته مع الله ، ورغبته في التخلص من أفعاله الجنسية وبالتالي يتخلص من التوتر المستمر ، أصبح الآن (بعد العلاج) ينظر إلى الأهداف الواقعية والتي يمكن تحقيقها بعد أن عرف الواقع من حوله ، ومن خلال تعديل البناء المعرفي أمكن تدريبه على التمييز بين خبرات الفشل وخبرات النجاح التي مر بها ، وكيف يتقبل ذاته ويعمل على تطويرها إلى الأفضل ، وكيف يتعرف على حقائق العقيدة التي يؤمن بها ويلتزم بها، وكيف يكون تقربه من الله وسيلة فعالة لأن يكتسب طاقة روحية يمكنها أن تغير مفهومه السلبي عن ذاته وعن الآخرة إلى مفهوم إيجابي يحقق له الاطمئنان النفسي.

النتائج في ضوء التقرير الذاتي :

في ضوء ما عبر عنه المسترشد في تقريره الذاتي كانت النتائج كالآتي :

بالنسبة للأفكار الوسواسية والأفعال القهرية الخاصة بطقوس الاغتسال ، يذكر المسترشد في تقريره أنه يلمس الأشياء التي كان يعتقد أنها ملوثة أو قذرة من قبل ، ورغم أنه يشعر بالقلق أثناء لمس هذه الأشياء ، إلا أنه يحاول لمس هذه الأشياء أكثر من مرة . وبالنسبة للوضوء فلم يعد يكرره كما كان من قبل حتى ولو سيطرت عليه أفكار تتعلق بترك عضو ما دون اغتسال ، أو أن قذارة معينة علقت به ، أو خرج منه بعض الغازات ، فقد تعلم أن يواجه أفكاره الوسواسية ببعض العبارات المنطقية فيقول " عندما تسيطر عليَّ فكرة وسواسية حول صحة وضوئي الآن أحاول مواجهتها بفكرة أخرى مضمونها " طالما أنني لم أتعمد إفساد وضوئي، ولا يوجد دليل ملموس أو مرئي على ذلك ؛ إذن فإن وضوئي صحيح " يظهر هنا أن الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية الخاصة بطقوس الاغتسال قد تراجعت .

بالنسبة للأفكار الوسواسية والأفعال القهرية الخاصة بالصلاة، يذكر المسترشد في تقريره الذاتي أنه بدأ يؤدي الصلاة بشكل جيد ، ولم يعد يكرر الصلاة الواحدة أكثر من مرة ، رغم أن هناك أفكاراً وسواسية تراوده من حين لآخر حول صحة الصلاة ، ولكنه يسيطر عليها ، وهو يتذكر دائماً بأنه لم يتعمد أداء الصلاة بشكل غير جيد ، ولكن هذه الأفكار الوسواسية هي التي تشوه له كل شيء وتفسده ، ومع ذلك يحاول جاهداً الاستمرار في أداء الصلاة ، ويتذكر أنه دائماً موجود أمام الله كما يتذكر أيضاً الحديث الشريف " ليس للمسلم من صلاته إلا ما عقل منها ".

بالنسبة للأفكار الوسواسية والأفعال القهرية الخاصة بمراجعة الأبواب والأقفال، يذكر المسترشد في تقريره الذاتي أنه بدأ يتحكم إلى حد كبير في سلوك مراجعة الأبواب والأقفال رغم أن الأفكار الوسواسية تراوده من وقت لآخر ، ويصاحبها شعور بالقلق لعدم المراجعة ، كما يشير في تقريره أيضاً أنه يرتدي ملابسه الآن دون معاناة أو استغراق وقت طويل وقد ورد في تقريره الذاتي أيضاً أنه امتنع عن ممارسة الاستمناء تماماً ، ورغم توارد أفكار وسواسية متعلقة بهذا السلوك إلا أنه تعلم ضبطها .

كما أشار إلى أن درجة شعوره بالذنب قد انخفضت ولم تعد كما كانت عليه قبل العلاج ، ويشير أيضاً إلى أنه بدأ يكتسب القدرة على اتخاذ القرار دون تردد أو شك كما كان عليه من قبل ، ويذكر أنه بدأ بالفعل في اتخاذ العديد من القرارات واضعاً في اعتباره تحمله للمسئولية سواء كانت النتائج إيجابية أم سلبية وذلك بهدف التخلص من التردد والشك

التعليق على نتائج الدراسة في ضوء القياس البعدي :

تبين من نتائج الدراسة أن البرنامج العلاجي كان له فاعلية في تعديل الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية ، وأن هذه الفاعلية كانت أكثر وضوحاً في جانب الأفعال مما يشير إلى أن الأفعال القهرية كانت أكثر تراجعاً من الأفكار

الوسواسية خاصة في جانب : الصلاة ، الاستنماء ، مراجعة الأبواب والأقفال . لكن تراجعت الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية معاً في جانب : الاغتسال ، ارتداء الملابس ، الشعور بالذنب .

وهكذا يتبين بعد تنفيذ البرنامج العلاجي والقياس البعدي الفائدة العلاجية خاصة على مستوى ضبط الأفعال القهرية بدرجة كبيرة وعلى مستوى ضبط الأفكار الوسواسية بدرجة مرضية ، ولم يحدث للمريض انتكاسة في أي جانب من الجوانب التي تضمنها البرنامج العلاجي .

المتابعة Follow-up :

تهدف المتابعة إلى التأكد من مدى استمرار تحسن الحالة في مواجهة المواقف التي تستثير الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية لديه ، وتحديدً أيضاً مدى استفادة المسترشد من الخبرات العلاجية في المواقف التي تم تحديدها قبل العلاج ، وأيضاً مواقف الحياة العامة .

وكان يطلب من الحالة أن يكتب تقريراً ذاتياً في حالته مستعيناً ببعض الأسئلة التي وضعها المعالج من أجل هذا الغرض وهي :

1- هل تعاني الآن من أفكار وسواسية أو أفعال قهرية ؟
2- كيف تتصرف الآن مع هذه الأفكار والأفعال إن وجدت ؟
3- كيف تنظر إلى نفسك الآن ؟
4- كيف يراك الآخرون الآن من وجهة نظرك ؟
5- هل تُحسن الحكم على الآخرين الآن ؟
6- كيف تتعامل مع الآخرين الآن (الأم ، الأخوة ، الأصدقاء ، الجنس الآخر) ؟
7- ما وجهة نظرك في اضطراباتك قبل العلاج وبعد العلاج والآن ؟

وكان يطلب من الحالة أن يذكر في تقريره أي أحداث وقعت له أو مشاكل لم تظهر أثناء العلاج ولم يرد لها إشارة في أسئلة التقرير .

أما عن طريق الاتصال فقد تم عن طريق " البريد " بين المعالج والمسترشد مباشرة، وقد تم الاتفاق في الجلسات الأخيرة للعلاج على أن يتم الاتصال مرتين على مدى العام ونشير إلى كل متابعة على حدة كما يلي :

المتابعة الأولى :

تم إجراء هذه المتابعة بعد (6) شهور من إنهاء البرنامج العلاجي وقد يتضمن التقرير الذي كتبه المسترشد عن تطور حالته في هذه الفترة أن بعض الأفكار الوسواسية الخاصة بالصلاة والاستنماء مازالت تراوده رغم أنه يحاول السيطرة عليها والتخلص منها ، كما أنه مازال يشعر ببعض الصعوبات في تعامله مع الآخرين، فعندما يتحدث معهم يشعر أنهم يحملون بداخلهم ردود فعل سلبية نحوه، رغم أنه بدأ يدرك أن فيهم الخير وفيهم الشر ، وأن وجود الشر بجانب الخير من سنن الحياة .

كما ورد في تقريره أيضاً أنه لم يحقق ذاته بالطريقة التي يتمناها ، ومازال يشعر أنه لم يتحمل المسئولية كما يجب أن يكون . وحتى الآن لم يقم بعمل فعلي يمكنه من تحسين مستوى الأسرة ، إلا أنه يدرك تماماً بضرورة تنفيذ هذا، وقد ورد في تقريره أيضاً أنه مازال يشعر بالتوتر عند تعامله مع الأم رغم تحسن العلاقة بينهما ، كما أن علاقاته بالجنس الآخر مضطربة الآن ومازال يعاني من الشك والتردد عند تعامله مع الجنس الآخر رغم أنه مدرك ضرورة التفكير في الزواج مستقبلاً ويتمنى أن يوفق في هذا الاتجاه ، وقد أنهى تقريره بقوله " على العموم أنا أسير في الاتجاه الصحيح ، وأشعر بتحسن كبير " .

المتابعة الثانية :

بعد انتهاء المتابعة الأولى وتقييم حالة المسترشد تم الاتصال به مرة أخرى عن طريق " البريد " وأخبره المعالج بما تم من تقييم للمتابعة الأولى ، وقد أظهر المعالج له ردود فعل إيجابية لنجاحه في التحكم في الأفعال القهرية والكثير من

الأفكار الوسواسية ، ومع ذلك فقد ذكر له المعالج بأنه يمكن أن يتعرض للانتكاسة مالم ينجح في مهاجمة الأفكار الوسواسية بدرجة قوية ؛ حتى يمكن السيطرة عليها بالمهارات السلوكية التي تم التدريب عليها أثناء تنفيذ البرنامج العلاجي ، كما أن عليه أن يكرر البرنامج العلاجي الخاص بالمعارف أو السلوكيات الكاملة وأن يراجع مدى نجاحه في تنفيذ الواجبات المنزلية باستخدام الكراسة الخاصة بذلك والتي كانت تستخدم أثناء تنفيذ البرنامج العلاجي وعمل التغذية الراجعة لها .

تم إعلام المسترشد أيضاً أن محاولاته للسيطرة على الأفكار الوسواسية وحدها لا تكفي ، ولكن عليه أيضاً أن يحاول إعادة اتجاهه نحو المواقف التي تثير مشاعر الذنب لديه والتي تم تحديدها من قبل ويعمل على فهمها والاستفادة منها بدلاً من الخضوع لها ومعاناة الاضطرابات النفسية بسببها ، وعليه أيضاً أن يحل التناقضات الوجدانية تجاه الأم الناشئة من الصراع بين الحب والكره للأم والتعلق بها والرغبة في الاستقلال النفسي عنها ، وإذا كان من الأمور الطبيعية أن يختار زوجة ويُكوِّن أسرة في المستقبل فعليه أن يغير مفاهيمه نحو الجنس الآخر ، وأن يتجنب خطأ التعميم ، فإذا كان قد مر بخبرة سلبية مع الجنس الآخر فإن هذا لا يدفعنا إلى الحكم على أنفسنا أو على الآخرين باللاسواء في كل الأحوال ومع كل الناس، ولكن يمكن أن نتعلم الكثير من خبراتنا من أجل تغيير سلوكنا إلى الأفضل .

ثم طلب المعالج منه ضرورة المراجعة وكتابة تقرير ذاتي بعد ستة شهور أخرى ، وبالفعل تسلم المعالج التقرير الذاتي الثاني من المسترشد والذي أكد فيه درجة التحسن في السيطرة على الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية كما تحسنت علاقاته مع أمه وأخواته وازداد شعوره بالمسئولية تجاههم . وبدأ يتفاعل مع الآخرين وإن كان هذا التفاعل مازال يحيطه الشعور بالخطر . وهو الآن في انتظار استلام الوظيفة المهنية في الحكومة ويفكر في البحث عن فرص عمل أخرى بجانب العمل الرسمي لزيادة الدخل ، كما ذكر في تقريره أنه بدأ يدرك جيداً ما يمكن أن

يفعله لكي يتعامل بنجاح مع المواقف التي تستثير أفكاره الوسواسية وأفعاله القهرية، كما بدأ يعرف الكثير عن نفسه من جوانب ضعف أو قوة .

التقرير النهائي :

بعد إجراء المتابعة العلاجية (الأولى والثانية) ، يمكن إعداد التقرير النهائي عن البرنامج العلاجي كالآتي :

بالنسبة لمشكلة الدراسة : فهي تظهر في وصف مسترشد يعاني من تسلط الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية وبعد مرور فترة زمنية من المعاناة من هذا المرض عرض مشكلته من أجل العلاج .

وفي ضوء ما سبق فإن الهدف الرئيسي للدراسة الحالية كان التأكد من إمكانية تشخيص وعلاج الوساوس والأفعال القهرية لدى الحالة (موضوع الدراسة الحالية) . ولتحقيق هذا الهدف تم تصميم إجراءات بحث الحالة متبعاً الخطوات الآتية :

1- تشخيص الحالة باستخدام أدوات الدراسة وهي : استمارة المقابلة الشخصية ، المقابلة الحرة ، مقياس السيكاثنيا ، اختبار ساكس لتكملة الجمل ، اختبار T.A.T ثم التقرير الذاتي للحالة .

2- وفي ضوء التشخيص ، تم تحديد السلوك المستهدف إجرائياً سواء على مستوى تحديد الأعراض كما ظهر في : الاغتسال والصلاة ، والوضوء ، وارتداء الملابس ، ومراجعة الأبواب والأقفال والاستمناء . أو على مستوى تحديد الأسباب ، وكان السبب وراء ذلك اعتقاد الباحث أن علاج الأعراض قد لا يكفي فالأعراض ربما يتبعها أعراض أخرى مختلفة أو متشابهة، ولذلك كان لابد من علاج الأسباب مع الأعراض أيضاً وهذا النوع من العلاج من شأنه أن يزيد من ثقة المسترشد في نفسه ويزيد من ثقة المعالج أيضاً، ومن هذا المنطلق كان البرنامج العلاجي يركز على إعادة البناء المعرفيّ للحالة ثم التكليف بتنفيذ

الواجبات المنزلية وعمل التغذية الراجعة بعد الانتهاء من تنفيذ كل واجب بغرض علاج الوساوس والأفعال القهرية.

3- تضمنت خطة العلاج الآتي :

أ) إعادة البناء المعرفي للمسترشد حيال الخبرات والمواقف.

ب) التخفيف من مشاعر الذنب بعد تحديد أسبابها .

جـ) معالجة المعارف والسلوكيات والتي تم تحديدها أثناء التشخيص، وقد تم الاتفاق مع المسترشد على علاجها، وهي تدور حول : مراجعة الأبواب والأقفال والاغتسال والصلاة والاستمناء وارتداء الملابس. وكانت الخطة العلاجية السابقة تعتمد على مخطط علاجي يتكون من: تصميم جلسات يكون الهدف منها إعطاء تعليمات للمسترشد أو تصميم واجب منزلي وتدريبه على كيفية تنفيذه أو عمل تغذية راجعة لما تم تنفيذه، ثم يقوم بتنفيذ الواجب في المنزل يتبعه تغذية راجعة وهكذا. وقد تم استخدام استراتيجية علاجية تعتمد على فنيات معرفية سلوكية وهي صرف التفكير ، وقف الأفكار ، المواجهة ، المناقشة والحوار.

4- تقييم فاعلية التدخل العلاجي بعد الانتهاء من تنفيذ البرنامج العلاجي وذلك كقياس بعدي. فتم إعادة تطبيق مقياس السيكاثنيا واختبار ساكس لتكملة الجمل، والاعتماد أيضاً على التقرير الذاتي للحالة، وقد تبين من نتائج القياس البعدي أن البرنامج العلاجي كان له فاعلية خاصة على مستوى ضبط الأفعال القهرية وعلى مستوى البناء المعرفي المرتبط بالوساوس والأفعال القهرية.

5- عمل المتابعة العلاجية بهدف التعرف على مدى التحسن في العلاج بعد تنفيذ البرنامج العلاجي. وقد تمت المتابعة على مرحلتين بفاصل زمني ستة شهور بين كل مرحلة وأخرى وقد تم الاعتماد على طريقة التقرير الذاتي الذي يكتبه المسترشد عن نفسه لتقييم حالته. وقد تبين من خلال المتابعة أن المسترشد

يتعامل بنجاح مع أعراضه المرضية عن طريق مهاجمتها، نشير هنا أيضاً أن التحسن في العلاج بدأ على مستوى الأفعال القهرية أولا ثم على مستوى الأفكار الوسواسية ثانياً وكان يتم على المستويين في بعض الأعراض، وليس هناك أي دلائل تشير إلى أن المريض قد حدثت له انتكاسة، وهذا يدل على فاعلية البرنامج العلاجي في تعديل الأفكار الوسواسية والأفعال القهرية.

في نهاية هذا التقرير الختامي، نشير إلى أن فائدة البرنامج العلاجي المستخدم في هذه الدراسة والذي يعتمد على إعادة البناء المعرفي وتنفيذ الواجبات المنزلية والتغذية الراجعة يجب أن يستفاد من نتائجه بحذر ؛ لأن ما حققه هذا البرنامج من نجاح هو نتيجة استخدامه على حالة فردية لها سمات شخصية وبناء نفسي وقدرات عقلية معينة، بالإضافة إلى وجود دافع ورغبة لدى الحالة في طلب المساعدة لحل مشكلته، والالتزام بتنفيذ ما كلف به سواء عند تنفيذ الواجبات المنزلية أو عمل التغذية الراجعة أو كتابه التقارير الذاتية. هذه العوامل يجب أن توضع في الاعتبار عند استخدام هذا البرنامج العلاجي مع حالات أخرى أو تعميم نتائج الدراسة الحالية .

البرنامج الثاني
تصميم المجموعتين التجريبيتين

عنوان الدراسة

فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والعلاج القائم على المعنى في خفض الغضب (كحالة وكسمة) لدى عينة من طالبات الجامعة (دراسة مقارنة) :

مشكلة الدراسة :

يُعد انفعال الغضب Anger من الانفعالات الأولية التي تصف المشاعر المنعكسة الناتجة من وعي الشخص بنفسه وتفاعله مع الآخرين . وربما لا تكون المشكلة في الغضب ذاته بقدر ما تكون في الآثار المترتبة على الغضب . كما أن الغضب منه ما هو محمود ومنه ما هو مذموم . ولذلك يمكن توزيع انفعال الغضب على خط متصل ، يمثله في الجانب الأيمن اللاغضب ، وفي الوسط الغضب المعتدل وفي الجانب الأيسر الغضب الشديد . وهناك اتفاق على أن الغضب المعتدل له وظائف نفسية مثل : تحقيق الاتزان النفسي بعد تفريغ طاقة الغضب والتعويض عن نقص اعتبار الذات عندما يسترد الفرد ثقته بنفسه ويتخلص من الرواسب المكبوتة . وله أيضا وظائف اجتماعية مثل : استخدامه في التربية ، وعندما يكون وسيلة للدفاع عن القيم وتحقيق الانضباط والتعبير عن الآراء أو رفضها بشرط أن يكون موظفا للموقف ومتوافقا معه.

وفي مقابل الغضب المعتدل نجد اللاغضب والغضب الشديد ، وكلاهما يعوق النمو الطبيعي للفرد في كل من : المعرفة ، والوجدان ، والخبرة ؛ باعتبارها

أبعادا لنمو الشخصية ، كما أن اللاغضب والغضب الشديد لهما آثار سلبية على التوافق النفسي والاجتماعي للفرد ، فإذا كان الفتور Apathy (باعتباره شكلا من أشكال اللاغضب) يؤدي إلى الانكسار والشعور بالضعف وتبلد الحس وبرودة المشاعر والكسل والتراخي . فإن الغضب الشديد المعبر عنه يؤدي إلى فقد الرشد والسيطرة ، وبالتالي لا يدرك الشخص ما يفعله ، ويظهر في كثير من الأحيان بمظهر الطائش والعداوني ؛ والنتيجة أنه يؤدي إلى تكوين مفهوم ذات سلبي ، كما أنه يؤدي إلى تفكك الروابط الاجتماعية والعلاقات الشخصية المتبادلة ، ويؤدي إلى الشعور بعدم الاحترام النفسي وعدم احترام الآخرين له ، وقد يؤدي في النهاية إلى صراعات شخصية . أما الغضب الشديد غير المعبر عنه (المكبوت) فإنه يؤدي إلى الكثير من الاضطرابات السيكوسوماتية مثل : أمراض ضغط الدم والقرحة والقولون.

في ضوء ما سبق ، فإن البحوث والدراسات في مجال علاج الغضب تتجه في اتجاه من الاتجاهين :

الاتجاه الأول : يهتم بعلاج الاضطرابات الانفعالية التي تعبر عن نقص كفاءة التعبير عن الانفعالات عامة والغضب خاصة مثل : الفتور Apathy ، والاتكالية Dependent ، والوهن Neurastheniac .

الاتجاه الثاني : يهتم بعلاج الغضب الشديد عن طريق دراسة أسبابه ثم التحكم فيه وضبط السلوكيات المرتبطة به ؛ ليكون في المستوى المعتدل.

والدراسة الحالية من الدراسات التي تنتمي إلى الاتجاه الثاني ؛ حيث يهتم الباحث بتقييم مدى فعالية برنامجين إرشاديين في خفض الغضب لدى عينة من الطالبات . البرنامج الأول : العقلاني الانفعالي السلوكي ، والبرنامج الثاني : العلاج القائم على المعنى .

أهداف الدراسة :

تتضح أهداف الدراسة الحالية في الآتي :

1- التعرف على مدى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض الغضب (كحالة وكسمة) من خلال قياس الفروق في متوسطات الغضب في القياس القبلي و القياس البعدي للمجموعة التجريبية الأولى .

2- التعرف على مدى فعالية العلاج القائم على المعنى في خفض الغضب (كحالة وكسمة) من خلال قياس الفروق في متوسطات الغضب في القياس القبلي و القياس البعدي للمجموعة التجريبية الثانية .

3- المقارنة بين فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وفعالية العلاج القائم على المعنى في خفض الغضب (كحالة وكسمة) من خلال قياس الفروق في متوسطات الغضب في القياس البعدي للمجموعتين التجريبيتين .

4- التأكد من بقاء درجة التحسن التي كان عليها أفراد المجموعتين عند إنهاء الجلسات العلاجية ، أو استمرار درجة التحسن بعد إنهاء الجلسات العلاجية ، مع تحديد تأثير خفض الغضب على أفراد المجموعتين أنفسهم وعلى الآخرين المحيطين بهم و المتفاعلين معهم ، وذلك عن طريق القيام بدراسة تتابعية.

ملخص للإطار النظري :

نشير في هذا الجزء إلى الموضوعات التالية :

1- تعريف الغضب .

2- الغضب كحالة وكسمة .

3- العوامل التي تجعل الشخص أكثر غضبا.

4- الغضب من وجهة نظر "إليس" .

5- الغضب من وجهة نظر "فرانكل".

1- تعريف الغضب Anger (بشكل عام) :

يُعرَّف الغضب بأنه حالة استجابة انفعالية حادة ، تثيرها مواقف التهديد أو العدوان أو القمع أو السب أو الإحباط أو خيبة الأمل ، ويصحب الغضب استجابات قوية من الجهاز العصبي المستقل ، وخاصة قسمه السمبثاوي ، ويدفع المرء إلى الاستجابة بالهجوم إما بدنياً أو لفظياً . (عبد المنعم الحفنى، 1978 ، 51) وتتحدد حالة الغضب بمحددات أربعة : إثارة فيزيولوجية ، وإدراك ، ومعرفة ، وسلوك . كما أن الشخص نفسه هو الذي يحدد مدى خطورة المواقف والأحداث التي تثير الغضب ؛ لأن الغضب في العادة عاطفة شخصية ؛ أي أنه يميل للظهور عندما يلحق الضرر بالشخص ذاته أو ممتلكاته أو بعائلته .

2- الغضب كحالة وكسمة :

ميز "شبيلبرجر" وزملاؤه (Spielberger et al., 1983) بين الغضب كحالة والغضب كسمة : فعندما يكون الغضب حالة انفعالية مؤقتة ناتجة من شعور الشخص بالضيق الشديد ولكنها تختلف في شدتها من موقف لآخر ، وفي فترة زمنية دون الأخرى . في هذه الحالة يعرف الغضب بالغضب كحالة State anger. وعندما يكون لدى الشخص ميل ثابت لتكرار خبرة الغضب في المواقف المختلفة التي تثير الغضب فيما يعرف بالاستعداد للغضب Anger dispodition أو الاستهداف للغضب Anger proneness ، ففي هذه الحالة يعرف الغضب بالغضب كسمة Trait anger ، وإذا كانت حالة الغضب تثيرها مثيرات خارجية ، تمثل تهديداً في الموقف فينشط الجهاز العصبي اللاإرادي، فإن سمة الغضب باعتبارها استعداداً سلوكياً مكتسباً تظل كامنة حتى تنبهها وتنشطها مثيرات داخلية أو خارجية .

وعن العلاقة بين حالة الغضب وسمة الغضب في ضوء نظرية "شبيلبرجر"، يمكن تصور وجود حالة الغضب دون سمة الغضب ، ولكن وجود سمة الغضب يتبعها وجود حالة الغضب : وتفسير ذلك أن الأشخاص ذوى سمة الغضب المرتفعة ، لديهم استعداد عالٍ للغضب ، يجعلهم يستجيبون بشدة لمواقف الخطر أو التهديد . وفي المقابل نجد الأشخاص ذوى سمة الغضب المنخفضة؛ يستجيبون بحالة غضب معتدلة أو منخفضة لمواقف الخطر أو التهديد ، أو إذا استجابوا لمواقف التهديد بحالة الغضب ، فإن هذه الاستجابة تناسب ما في الموقف من خطر أو تهديد موضوعي ، كما أنها تنتهي بانتهاء الموقف .

اهتم شبيلبرجر وزملاؤه أيضا بدراسة العوامل البيئية التي تستثير حالة الغضب ، وقد أشاروا إلى أن الأشخاص الذين لديهم استعداد عالٍ للغضب (أي لديهم درجة عالية من الميل نحو الغضب) قد تعرضوا في حياتهم لظروف بيئية صعبة . فالمواقف التي مروا بها وكان بها خطر أو تهديد أو مضايقات تجعلهم يستجيبون بحالة غضب مرتفعة عند مواجهتهم للظروف الصعبة.

3- العوامل التي تجعل الشخص أكثر غضباً :

العوامل والمواقف المثيرة للغضب (والتي تمت الإشارة إليها) قد يوجد بعضها لدى بعض الأشخاص ومع ذلك نجد شخصاً يستجيب لها بغضب شديد وشخصاً آخر يستجيب لها بغضب معتدل وشخصاً ثالثاً يستجيب لها باللامبالاة والتبلد، وتفسير ذلك أن هناك عوامل مسئولة عن شكل ومستوى استجابة الغضب عندما توجد مثيرات الغضب ونعرض لأهم هذه العوامل كالتالي :

أ- الاستعداد للغضب:

يمكن النظر إلى الاستعداد من زوايا عديدة: استعداد بيولوجي وفسيولوجي، استعداد مزاجي، استعداد عقلي.

(1) **الاستعداد البيولوجي والفسيولوجي:** يفسر لنا الأساس العصبي للغضب، وأيضا الأساس الهرموني خاصة هرمون الأدرينالين، فالأشخاص الذين لديهم تنشيط زائد للجهاز العصبي اللاإرادي وخاصة الجزء السمبثاوي منه هم أكثر غضباً، والأشخاص الذين لديهم إفراز زائد لهرمون الانفعال (الأدرينالين) هم أكثر غضباً.

(2) **الاستعداد المزاجي:** يفسر لنا سمات شخصية الشخص التي تجعله يميل للاستثارة بشدة للمواقف والمثيرات والاستجابة لها بشدة أيضا.

(3) **المخطط العقلي script:** المقصود بالمخطط العقلي هو التنظيم العقلي للخبرات، ومن خلاله يمكن معرفة سبب انتباه الشخص لأنواع معينة من المثيرات والحكم عليها بأنها سلبية ثم الاستجابة لها بشكل معين وشدة زائدة، ومن خلال معرفة المخطط العقلي يمكن تفسير ظاهرة تقبل الشخص الإهانة من شخص ما وعدم تقبلها من شخص آخر.

ب- طريقة تفسير الشخص وتأويله للأحداث:

وهذه الطريقة هي التي تؤدي إلى التوافق أو اللاتوافق. فإذا اعتمد الشخص على الأفكار الانهزامية أو المشوهة أو غير المنطقية مثل التمسك بفكرة أو اتجاه أو دحض فكرة أو اتجاه (دون توفر المعلومات والأدلة)؛ فإن ذلك يزيد من شعور الشخص بالغضب. كما أن إسراف الشخص في استخدام أساليب غير منطقية مثل : المبالغة أو التعميم يزيد أيضا من شعوره بالغضب.

جـ- افتقاد المعنى :

قد يعاني الإنسان من افتقاد المعاني في حياته، أو فشله في تحديد معنى كامل لحياته، وعدم وعيه بمعرفة الهدف من المعاناة ومن الموت على غرار معرفته بالهدف من الحياة. وكذلك عدم وعيه بأنه إنسان يستطيع تحقيق الكثير من

الأهداف، مع تحمل الصعاب بتقبل حياته أو مواجهتها من خلال اختبارات حرة مسئولة تحدد النجاح أو الفشل. وقد يعاني الشخص من تشويش خبراته ووعيه، ويشعر أنه مقيد وغير حر، كما يشعر بالاغتراب عن ذاته وعن مجتمعه. كل هذه الفقدانات والسلبيات من شأنها أن تزيد من الشعور بالغضب.

د- عتبة الغضب:

يوجد في السيكوفيزياء ما يعرف بمفهوم العتبة المطلقة Absolute Threshold وهي النقطة التي تفصل بين الإحساس وعدم الإحساس بالمنبه. فإذا كانت العتبة منخفضة فإن حساسية الشخص للمنبهات تكون مرتفعة. وهذا يرفع مستوى الاستثارة لديه؛ وهذا على عكس صاحب العتبة المرتفعة. وعلى ذلك فلدى كل شخص عتبة للغضب، وتتكون عتبة الغضب من أساسين هما: الاستعداد للغضب من ناحية وطريقة تفسيره للأحداث ووجود معاني في حياته، من ناحية أخرى.

4- الغضب من وجهة نظر ألبرت إليس :

عرض "إليس" نظريته عن الغضب في كتابه (كيف نعيش بالغضب وبدونه) (Ellis, 1977, a, 3) ، وتتلخص هذه النظرية في أن الإنسان يشعر بالغضب نتيجة ما يواجهه من منغصات ومشكلات يومية صعبة تشكل له عقبة في تحقيق أهدافه .

قد يتبنى الشخص أفكاراً لا عقلانية عامة تؤدى إلى الاضطرابات الانفعالية ومنها الغضب وقد يتبنى أفكاراً لا عقلانية خاصة مرتبطة بالغضب ، أو يتبنى أساليب تفكير خاطئة مثل يجب ، ينبغي ، لابد ، ونتيجة لذلك يصبح الشخص أكثر اضطراباً انفعالياً وأكثر شعوراً بالقصور والنقص . وعندما يزداد الغضب، تمتد

آثاره إلى مجالات أخرى غير المجال الذي حدث فيه الغضب، ونتيجة لذلك يحدث سوء توافق الشخص مع نفسه ومع الآخرين.

وقد خصص "إليس" فصلاً في كتابه (العقل والانفعال في العلاج النفسي) تحت عنوان (الأفكار اللاعقلانية التي تؤدي إلى الاضطراب الانفعالي) (Ellis, 1977, d) . كما عرض نظريته عن الغضب في كتابه (كيف نعيش بالغضب وبدونه) (Ellis, 1977, a) . وفي ضوء خصائص العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يمكن خفض الغضب من خلال التحليل المنطقي لمشكلات الشخص الغاضب وتحديد ومعرفة الأفكار اللاعقلانية التي يتبناها وطرق تفكيره اللامنطقية ثم مساعدته على الشك والاعتراض والدحض لهذه الأفكار اللاعقلانية وإكسابه أفكاراً عقلانية، وتعديل طرق تفكيره؛ وبهذه الطريقة يمكن للشخص الغاضب أن يعدل من فلسفته في الحياة وبالتالي يستطيع التحكم في غضبه.

وفي ضوء الإطار النظري للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والذي عرض له المؤلف في الفصل الرابع يمكن تطبيق الإجراءات العلاجية من خلال محاور ثلاثة، على أن يخصص لكل محور عدد من الجلسات الإرشادية . والمحاور هي:

المحور الأول: الأفكار اللاعقلانية العامة.

المحور الثاني: أساليب التفكير اللامنطقي.

المحور الثالث: الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالغضب مع وضع خطة عمل لمواجهة الغضب.

5- الغضب من وجهة نظر " فرانكل " :

يمكن تفسير الغضب في ضوء نظرية العلاج بالمعنى لدى " فرانكل " من خلال تفسير المشكلات الوجودية والروحية وما تؤدي إليه من حالة توتر . فالإنسان إذا وجد في حياته معنى أو هدفا فيمكنه أن يحتمل المشاكل والصعاب وأن يوظفها

في خدمة الحفاظ على المعنى وتحقيق الهدف ؛ لأنه أدرك أن حياته تستحق أن تعاش وأن تستمر وبالتالي يحق الاستمتاع بها .

في ضوء نظرية " فرانكل " يحدث الغضب والقلق عندما تصبح حياة الشخص بدون معنى ، ونستطيع الاستدلال على عدم وجود المعنى في حالات كثيرة منها ما يلي:

(أ) الفراغ الوجودي : ويعبر عنه في صورة حالة ملل وعدم القدرة على الاختيار بين ما يريد أن يفعله أو لا يفعله.

(ب) الإحباط الوجودي : عدم القدرة على إيجاد معنى مناسب.

(جـ) الخوف من المسئولية والهروب من الحرية : ونستدل عليه عندما نجد الشخص يميل إلى عدم التخطيط وإلى القدرية وإلى التعصب .

(د) صراع القيم : ويظهر هذا الصراع لدى الإنسان نتيجة للصراعات الأخلاقية أو المشكلات الروحية. وتوجد ثلاث مجموعات من القيم : وهي القيم الابتكارية (ماذا يعطي؟) والقيم الخبرية (ماذا يأخذ؟) والقيم الاتجاهية (ما موقفه من محنته عندما يواجه قدرا لا يمكن تغييره ؟).

(هـ) عدم التسامح : معنى التسامح هو الاعتراف بحق الآخر في الاعتقاد ، حتى في حالة عدم مشاركته في الاعتقاد . وبدون التسامح يعيش الإنسان خبرة التوتر والغضب.

وفي ضوء الإطار النظري للعلاج القائم على المعنى يمكن تطبيق الإجراءات العلاجية من خلال محاور ثلاثة وهي :

1- الاستبصار الوجودي وتحسين الاتجاهات .

2- التسامي بالذات من خلال اكتشاف وتحقيق المعنى .

3- التعامل مع الغضب .

عينة الدراسة :

اختار الباحث عينة الدراسة من طالبات السنة الرابعة (ن = 250) وطالبات دبلوم تفرغ (ن = 200) بكلية التربية جامعة الزقازيق ؛ وقد تم تطبيق مقياس الغضب كحالة وكسمة على أفراد العينة وفي ضوء معايير المقياس تم استبعاد الطالبة التي تحصل على درجة منخفضة على مقياس الغضب كحالة ومقياس الغضب كسمة.

وقد تم تكوين المجموعتين التجريبيتين كالتالي :

المجموعة التجريبية الأولى تكونت من طالبات السنة الرابعة وبلغ حجمها (12) طالبة . وتراوح عمرهن الزمني ما بين (21.5 – 24) عاما وقد تلقى أفراد هذه المجموعة برنامج العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي.

المجموعة التجريبية الثانية تكونت من طالبات دبلوم تفرغ وبلغ حجمها (10) طالبات وتراوح عمرهن الزمني ما بين (22 – 26) عاما وقد تلقى أفراد هذه المجموعة برنامج العلاج القائم على المعنى .

أدوات الدراسة :

(أ) مقياس الغضب كحالة وكسمة The State-Trait Anger Scale

وقد وضع هذا المقياس كل من شبيلبرجر ولندن Spielberger and London ويتكون المقياس من جزئين كل منهما يتضمن خمس عشرة عبارة ، ويقيس الجزء الأول الغضب كحالة انفعالية ويقيس الجزء الثاني الغضب كسمة شخصية لها صفة الثبات النسبي . وقد تم تعريب وتقنين المقياس في البيئة المصرية (محمد عبد الرحمن ، فوقية عبد الحميد 1998) .

(ب) استمارة التقييم الذاتي للغضب :

وضع الباحث استبياناً يتضمن (48) مفردة تصف التقييم الذاتي للغضب من خلال الأبعاد التالية :

- نوع الضرر .
- مدى الضرر (المستوى الفعلي للضرر).
- سبب الضرر .
- توقع الضرر .
- حدوث الضرر عند مرتبة الهدف (أي عند بداية العمل أو عند الأداء أو عند الانتهاء).
- حدوث الضرر في وجود الآخرين.
- تخصيص الموارد والوقت لتلافي الضرر.

الحدود الزمنية والمكانية للدراسة:

بدأ الباحث في تنفيذ البرنامجين مع بداية شهر مارس عام 2000 وانتهى في نهاية شهر أبريل عام 2000 (أي لمدة شهرين) ، وقد تم تخصيص غرفة اجتماعات قسم الصحة النفسية (بكلية التربية) لإجراء الجلسات بها ، وقد تراوحت مدة كل جلسة ما بين (60 – 90) دقيقة وذلك حسب نوع الجلسات ؛ فالجلسات المشتركة والجلسات النهائية كانت تستغرق (60) دقيقة ، أما الجلسات التي خصصت لتنفيذ استراتيجية البرنامجين فكانت تستغرق (90) دقيقة تقريبا.

وكان عدد الجلسات (16) جلسة بواقع جلستين أسبوعيا وسوف تتضح طريقة توزيع الجلسات الإرشادية عند عرض المراحل العلاجية في الخطوة التالية:

المراحل العلاجية :

تم تنفيذ جلسات علاج الغضب بشكل عام على أربع مراحل : وقد تم تنفيذ المرحلتين (الأولى والثانية) على أفراد المجموعتين التجريبيتين في جلسات

مشتركة ؛ وذلك لعرض الموضوعات المرتبطة بمشكلة الغضب وتقييمها ، وفي المرحلة الثالثة : تم تنفيذ فنيات العلاج العقلاني الانفعالي والعلاج القائم على المعنى كل على حدة ، وفي المرحلة الرابعة : تم تجميع أفراد المجموعتين التجريبيتين مرة أخرى ، بغرض إجراء القياس البعدي وتحقيق أهداف أخرى ، ويمكن تقديم تصور يوضح توزيع مضمون الجلسات الإرشادية على أربع مراحل كالآتي :

المرحلة الأولى : (مشتركة) التمهيد للبرنامج والاستبصار بالمشكلة ، عدد الجلسات (2) : في هذه المرحلة تمت مناقشة الموضوعات الآتية : الترحيب بالمجموعة ، والاتفاق على طريقة سير الجلسات ، تعريف الغضب ، الفرق بين كونه حالة أو سمة ، المراحل التي يمر بها انفعال الغضب ، العوامل التي تجعل الفرد أكثر غضبا، الغضب الداخلي والغضب الخارجي ، خصائص سلوك الغضب، الغضب بين السواء والمرض ، وظائف الغضب في حياتنا.

المرحلة الثانية : (مشتركة) التقييم الذاتي للغضب . عدد الجلسات (2) ، وفي هذه المرحلة ، طلب من أفراد المجموعتين التجريبيتين تقييم الغضب ذاتيا ، من خلال استمارة التقييم الذاتي للغضب ، (أشير إليها في أدوات الدراسة) ؛ وذلك حتى يمكن لكل طالبة من أفراد العينة الاستبصار بخصوصية الغضب لديها ، ثم متابعة مدى تحسنها بعد كل جلسة إرشادية وكذلك بعد انتهاء البرنامج.

وقد تم مناقشة موضوعات الاستمارة مناقشة جماعية أثناء الجلسات الإرشادية وكان يتم الإشارة إليها من وقت إلى آخر أثناء جلسات المرحلة الثالثة ، وفي نهاية هذه المرحلة تم تعريف العلاج العقلاني الانفعالي والعلاج القائم على المعنى ، وكذلك الهدف الذي يسعى إلى تحقيقه كل منهما.

المرحلة الثالثة : في هذه المرحلة تم تقسيم أفراد العينة لمجموعتين ، الأولى : تلقت جلسات البرنامج العقلاني الانفعالي ، الثانية : تلقت جلسات البرنامج القائم على المعنى. وقد تم تقسيم جلسات كل برنامج إلى ثلاثة محاور كالآتي:

أولاً : جلسات البرنامج العقلاني الانفعالي السلوكي :

تم تقسيم جلسات هذا البرنامج إلى ثلاثة محاور هي:

المحور الأول : مناقشة الأفكار اللاعقلانية العامة – عدد الجلسات (5)

المحور الثاني : مناقشة بعض أساليب التفكير اللامنطقي – عدد الجلسات (2)

المحور الثالث : مناقشة الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالغضب مع وضع خطة عمل لمواجهة الغضب – عدد الجلسات (3)

ثانياً : جلسات البرنامج القائم على المعنى :

تم تقسيم جلسات هذا البرنامج أيضا إلى ثلاثة محاور هي :

المحور الأول : الاستبصار الوجودي وتحسين الاتجاهات – عدد الجلسات (2)

المحور الثاني : التسامي بالذات من خلال اكتشاف وتحقيق المعنى – عدد الجلسات (4)

المحور الثالث : التعامل مع الغضب – عدد الجلسات (4)

المرحلة الرابعة : (مشتركة) بعد تنفيذ البرنامجين – عدد الجلسات (2): في هذه المرحلة تمت مناقشة أهم التغييرات التي حدثت بعد الانتهاء من تنفيذ البرنامج وذلك من خلال مناقشة جماعية حرة ، وأيضا من خلال إعادة التقييم الذاتي للغضب في ضوء التقييم الذي تم في الجلسات الأولى المشتركة ، كما تم تسجيل الملاحظات على البرنامج وطريقة سير الجلسات ، وأخيرا تم تطبيق مقياس الغضب كحالة وكسمة على أفراد المجموعتين كما تم الاتفاق على موعد الدراسة التتابعية.

في ضوء ما سبق فإن كل مجموعة تجريبية قد تلقت (16) جلسة إرشادية ، منهما (6) جلسات مشتركة و (10) جلسات مستقلة .

ونعرض لمحتوى جلسات كل برنامج على حدة على النحو التالي :

محاور محتوى جلسات البرنامج العقلاني الانفعالي السلوكي :

نعرض ملخصاً لهذه الجلسات كالتالي (محمد سعفان ، 2003 – 135 – 148) :

المحور الأول: مناقشة الأفكار اللاعقلانية العامة:

الفكرة الأولى: من الضروري أن يكون الشخص محبوباً أو مرضيا عنه من كل المحيطين به .

بعض نقاط الحوار المنطقي لتعديل الفكرة:

1- من الجميل أن يكسب الإنسان حب وثقة الآخرين ولكن هذا لا يحدث بشكل مطلق لعدة أسباب منها:

(أ) إذا كنت صادقاً وواضحاً، ففي الناس ما هو غير صادق وغير واضح، وهنا قد يحدث الاختلاف.

(ب) إذا كنت تتوقع أن يفهمك كل الناس بطريقة واحدة ترتضيها، فاعلم أن ميول واتجاهات الناس قد تختلف عن ميولك واتجاهاتك، واعلم أن بعض الناس متذبذب في الرأي، والبعض الآخر غير ذكي، ولذلك يكون من المنطقي ألا يفهمك كل الناس.

(ج) لا تطلب من الآخرين أن يفهموك في كل الأحوال، ولكن عليك أيضا أن تفهم الآخرين، ومن خلال فهمك لهم، تستطيع أن تضع نفسك مكانهم، وهنا يمكن أن تتعرف على أسباب موافقتهم أو اختلافهم معك.

2- الإصرار على نيل احترام الآخرين بطريقة مبالغ فيها، قد يجعلك في مشكلة ذات اتجاهين:

الأول: أن تسعى إلى أن تتطابق مع معايير الجماعة، وقد ينتج عن ذلك إحساسك بالدونية أو الإحباط، إذا فشلت في تحقيق ذلك.

الثاني: طلب الاستحسان المستمر من الآخرين، وهذا سيجعلك قلقاً بخصوص ما إذا كان بالفعل ستحصل على هذا الاستحسان أم لا.

الفكرة الثانية: ينبغي أن يكون الشخص على درجة كبيرة من الكفاءة والمنافسة التي تصل إلى حد الكمال حتى يشعر أن له قيمته وأهميته .

بعض نقاط الحوار المنطقي لتعديل الفكرة :

1- الشخص الذي يعتقد بهذه الفكرة لا يعترف بطبيعة الإنسان الذي يحمل الإيجابيات والسلبيات معاً، لذلك فالمنطق يتطلب قبول احتمالات النجاح والفشل معاً.

2- الشخص العاقل يجتهد في فعل ما هو في مصلحته، وليس لكي يصبح أفضل من الآخرين.

3- الإصرار على ضرورة تحقيق الإنجاز المتقن، قد يؤدي إلى أمراض نفسية.

4- إذا علمت أن إنجازاتك لا تعكس ذاتك ولكن تعكس قدراتك وخبراتك، لعرفت أنك عندما تحقق نجاحا ما، فليس هذا دليلاً على أنك الأفضل، ولكن دليل على أنك أديت بشكل جيد.

5- لا تغضب أو تخجل من ضعفك أو فشلك، فمن خصائص الإنسان أن به قوة وضعفاً وأن مسألة الفروق الشخصية بين الأشخاص والفروق داخل الشخص نفسه حقيقة علمية.

الفكرة الثالثة: بعض الناس يتصفون بالشر والوضاعة والجبن ولذلك فهم يستحقون اللوم والعقاب .

بعض نقاط الحوار المنطقي لتعديل الفكرة :

1- هذا الحكم غير منطقي لأنه يقصد به السلوك والشخص معا، وهذا خطأ، لأن السلوك قد يكون غير مقبول في حين أن الشخص الذي صدر عنه السلوك يكون مقبولاً.

2- لا يوجد معيار وحيد ومطلق نحكم به على الصواب والخطأ. فضوء النهار قد يظهر للبعض بوجه شاحب ويظهر للآخرين بوجه مشرق، وبالتفكير المنطقي ندرك وجود دلالات للتشابه والاختلاف للموضوع الواحد.

3- اللوم والعقاب لا يؤديان بالضرورة إلى تحسين السلوك، بل قد يؤديان إلى سلوك أكثر اضطراباً أو إلى سلوك أسوأ، لأن اللوم والعقاب لا يحسن درجة الذكاء ولا يحسن درجة التوافق.

الفكرة الرابعة: أنه لمن النكبات المؤلمة (أو من المصائب الفادحة) أن تسير الأمور على غير ما يريده المرء لها (أو يتمنى) .

بعض نقاط الحوار المنطقي لتعديل الفكرة :

من الطبيعي أن تتعرض للفشل والإحباط؛ نتيجة أن الأمور تسير بعكس ما تتمنى، لكن من غير الطبيعي أن يؤدي الفشل أو الإحباط إلى شعورك بالحزن واليأس، وذلك لعدة أسباب منها:

1- إذا استمر الحزن واليأس؛ فلن يتغير الواقع (سواء أشياء أو أحداث)؛ لأنه لا يوجد سبب يجعل الواقع يتغير طالما أنه حدث بالفعل.

2- طالما أن الحزن واليأس لا يغيران الواقع؛ فإن استمرار شعورك بهما يزيد الأمر سوءاً.

3- إذا كان الواقع قابلاً للتغيير، فيجب أن تكون إيجابياً وتحاول تحسينه، وإذا كان التغيير صعبا أو مستحيلا، فيمكن تقبل الواقع.

4- إذا حاولت تحديد الممكن والمستحيل والسار وغير السار فعليك تجنب المغالاة في تصوير المواقف؛ لأن المواقف لا تمثل نكبة إلا إذا نظرت إليها على أنها كذلك.

الفكرة الخامسة: إن التعاسة تنتج عن ظروف خارجية لا يستطيع الشخص التحكم فيها .

بعض نقاط الحوار المنطقي لتعديل الفكرة:

1- الأشياء الخارجية قد لا تكون ضارة (مؤذية) إلا إذا نظر الشخص إليها على أنها كذلك.

2- الشخص الذكي يعترف بأنه: طالما التعاسة تأتي بدرجة كبيرة من داخله، فإنه يستطيع تغيير استجاباته عن طريق تغيير تصوراته وتعبيراته الداخلية عن هذه الأحداث.

3- الشخص الذكي يعترف بأن المضايقة والإثارة قد تأتي من الخارج، وللتخلص من هذا فعليه أن يكون إيجابيا منظما لذاته، حتى يواجه المشكلات ويتحمل مسئولية ما يفعل.

الفكرة السادسة: تُعد الأشياء الخطرة أو المخيفة سببا للانشغال الدائم، والهم الكبير، ويجب أن يكون الشخص دائم التوقع لها، وعلى أهبة الاستعداد لمواجهتها والتعامل معها .

بعض نقاط الحوار المنطقي لتعديل الفكرة:

1- الانشغال الزائد بالحدث قبل وقوعه يؤدي إلى تشويش الأفكار وعشوائية خطط مواجهته عند وقوعه.

2- الانشغال الزائد بالحدث يجعله يبدو أكبر حجما وأكثر خطرا، في حين أنه لا يبدو كذلك.

3- الغضب أو القلق المرتبط بالأحداث قد يكون أكثر ضررا من الأحداث نفسها.

4- الشخص العاقل هو الذي يقيم إمكانية وقوع الأحداث تقييما موضوعيا، ثم يعايش هذه الأحداث التي يخشاها لكي يثبت لنفسه أنه لا يخشاها.

الفكرة السابعة: الأسهل للشخص أن يتفادى بعض المشكلات أو المسئوليات بدلاً من مواجهتها.

بعض نقاط الحوار المنطقي لتعديل الفكرة:

1- الذين يعتقدون بهذه الفكرة يفضلون الراحة لفترة قصيرة، لأن تفادي المشكلة لا يعني حلها. والهروب منها يؤدي إلى تكرارها، وربما يؤدي إلى ظهور مشكلات أخرى.

2- التجنب المستمر للمشكلات والمسئوليات التي يمكن التعامل معها يؤدي إلى مشاعر عدم الرضا وعدم الثقة بالنفس ثم الشعور بالإحباط.

3- الحياة السهلة ليست بالضرورة هي الحياة السعيدة، ولكن الحياة المتسمة بتحمل المسئولية والتحدي هي الحياة الممتعة.

الفكرة الثامنة: يجب على الشخص أن يكون مستندا على آخرين، وأن يكون هناك شخص أقوى منه يستند عليه (يعتمد عليه).

بعض نقاط الحوار المنطقي لتعديل الفكرة:

1- الاعتقاد المستمر بأن الشخص يحتاج دائماً إلى من هو أقوى منه ينبع من ضعف ثقته بنفسه، وهذا بدوره يرسخ شعوره بالفشل.

2- عندما يقوم الآخرون بالتفكير والعمل نيابة عن الشخص فهذا يؤدي إلى حرمان الشخص من التجربة واكتساب الخبرة وتحمل المسئولية وفقد الأمان، لأنه أصبح تحت رحمة من يعتمد عليهم.

3- قبول العون من الآخرين أو البحث عن العون من الآخرين مقبول عقليا عندما يكون ذلك ضروريا، فنحن نعتمد على بعضنا البعض إلى حد ما ، قال ﷺ: "المؤمن للمؤمن كالبنيان يشد بعضه بعضاً".

الفكرة التاسعة: الخبرات والأحداث الماضية هي التي تحدد سلوكي الحالي، ولا يمكن استبعاد تأثير الماضي.

بعض نقاط الحوار المنطقي لتعديل الفكرة:

1- أحداث الماضي لها دور في حياة الشخص ولكن يجب ألا يعيش الشخص عليها فقط، لأن المثير الذي حرك السلوك في الماضي قد لا يحركه في الحاضر، وحلول المشاكل في الماضي قد لا تكون مناسبة في الحاضر.

2- طالما أن الماضي انتهى ولا يمكن تغييره؛ فما يحتاجه الشخص من الماضي أن يحلل نتائجه ويكتسب منه الخبرة والحكمة ليواجه الحاضر بطريقة ايجابية وفعالة.

3- الشخص العاقل يدرك أن الماضي مهم ولكن الحاضر أهم.

الفكرة العاشرة: ينبغي أن يحزن الشخص على ما يصيب الآخرين من اضطرابات ومشكلات.

بعض نقاط الحوار المنطقي لتعديل الفكرة:

1- الاهتمام بالآخرين من مظاهر التوافق الاجتماعي والصحة النفسية بشرط ألا يكون هذا الاهتمام زائدا عن الحد، بحيث يدفع الشخص إلى التقاعد عن العمل ويهمل مسئولياته الشخصية ومشاكله الخاصة من أجل الآخرين.

2- الشخص العاقل هو الذي يحدد متى يكون سلوك الآخرين مصدرا لحزنه، ثم يحدد ماذا يستطيع أن يقدمه وكيف يقدمه، وإذ لم يستطع فعليه تقبل الأمر الواقع، وتخفيف آثار هذا السلوك على نفسه بقدر المستطاع.

الفكرة الحادية عشرة: هناك دائما حل صحيح أو كامل لكل مشكلة، ويجب أن نبحث عن هذا الحل لكي لا تصبح النتائج مؤلمة وخطيرة.

بعض نقاط الحوار المنطقي لتعديل الفكرة:

1- لا يوجد حل كامل لأي مشكلة، لأن العالم الذي نعيش فيه مليء بالاحتمالات وليس بالحقائق المطلقة ويصعب على أي إنسان أن يحدد فيه حقائق أو حلولاً مطلقة متعلقة بأفكارنا وأفعالنا.

2- الإصرار على وجود حل كامل يؤدي إلى الخوف والقلق والغضب؛ لأن الإصرار على الكمال قد يؤدي إلى حلول أضعف.

3- الشخص العاقل هو من يتحلى تفكيره بالمرونة والتجريب، فيحاول أن يجد حلولا كثيرة ومتنوعة، ثم يختار أحسنها وأكثرها فاعلية وقابلية للتنفيذ.

4- ليس معنى صعوبة الوصول إلى الحل الكامل أن ينصرف الشخص عن حل المشكلة ولكن في وسعه أن يقترب من الحل.

المحور الثاني: بعض أساليب التفكير اللامنطقي :

الهدف من هذا المحور: تعليم الشخص الغاضب كيفية التعرف على أساليب التفكير اللامنطقية التي تسهم في استجابات الغضب، ثم العمل على تغييرها. ومن أهم هذه الأساليب: أ- المبالغة ب- التعميم جـ- أخطاء الحكم والاستنتاج

ونشير إليها بإيجاز كالتالي :

أ- المبالغة: الشخص المبالغ يشاهد الأحداث بمنظار متطرف فهو من ناحية يتصور حدوث كارثة ومن ناحية أخرى يقلل من مقدرته في التعامل معها، كما أنه يستنتج أشياء يعتقد أنها صحيحة بدون براهين.

من أمثلة المبالغة:

1- توقع الشر للشخص نفسه ولأسرته.

2- اعتقاد الشخص أنه الوحيد الذي يعاني من المشاكل والإحباط.

بعض نقاط المواجهة:

1- تفسير الموقف بطريقة مُبالغ فيها (أكثر مما هو عليه) يؤدي إلى إثارة انفعال الغضب.

2- لا يوجد دليل قاطع على أن موقفا ما سيئ 100٪ .

3- حدوث الأشياء على عكس ما نرغب لا يجعلنا نحكم عليها بأنها سيئة.

4- التأكيد على أهمية اكتساب خبرات من كل موقف نمر به ثم نوظف هذه الخبرات في المواقف التالية.

5- التأكيد على أن التقليل من المخاطر الفعلية (وهو الضد للمبالغة) يكون له نتائج سلبية أيضا، منها: خفض الدافع وقلة الإرادة.

ب- التعميم: يكون التعميم من الجزء إلى الكل أو من موقف إلى مواقف أخرى، وعندما يمر الشخص بخبرة سيئة فإنه يعممها على كل المواقف التي يمر بها.

من أمثلة التعميم:

1- حدوث المشكلة في موقف ما يجعل الشخص يتوقع تكرار حدوثها في كل المواقف.

2- حدوث مشكلة لشخص ما يجعل الشخص يتوقع تكرار حدوثها له.

بعض نقاط المواجهة:

1- التعميم الخاطئ بداية لظهور الاضطرابات الانفعالية مثل: الغضب والقلق.

2- لا يوجد شيء أكيد، وإنما توجد أشياء تقترب من الحقيقة، فنحن نعيش حياة بها أفراح وأحزان معاً.

3- الإنسان لا يدرك من الخير إلا ما هو ظاهر له؛ لأنه يدركه بحواسه، كما أنه يسعى إليه ليحقق منفعة. ومن المعروف أن إدراك الحواس نسبي والمنفعة ذاتية، وبالتالي فإن كل ما هو نسبي وذاتي لا يمثل إلا جزءاً من الحقيقة وليس كل الحقيقة.

وما يقال عن الخير يقال أيضا عن الشر؛ ومن هنا أصبح للخير والشر وظيفة مشتركة وهي: أن كلا منهما يعرفنا بالآخر.

جـ- أخطاء الحكم والاستنتاج:

تظهر مثل هذه الأخطاء عندما نخطئ في تفسير الحدث المنشط للغضب، لعدم توفر معلومات كافية أو وضع الحدث في سياق مختلف، أو وجود اتجاهات سلبية مسبقة عن الحدث.

من أمثلة أخطاء الحكم والاستنتاج:

1- إصدار حكم على أشخاص وأشياء رغم عدم توفر معلومات كافية وصادقة.

2- إصدار حكم واحد على مواقف مختلفة.

3- الطالبة التي ترى زميلة لها تتحدث مع زميلة أخرى فتشك أنهما تدبران موقفاً سلبياً لها.

بعض نقاط المواجهة:

1- التدريب على كيفية وضع الأفكار في مسالك مقبولة، وأن يكون مدخل فهم الآخرين مدخلاً إيجابياً وليس سلبياً (أي التركيز على إيجابيات الآخرين).

2- تعلم كيفية إرجاء الحكم حتى تتوفر الأدلة.

3- عند توفر الأدلة يتم تعلم ترتيبها، في ضوء الأكثر منها وضوحاً وصدقاً.

المحور الثالث: مناقشة الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالغضب، مع وضع خطة عمل لمواجهة الغضب :

الهدف من هذا المحور:

مناقشة الأفكار اللاعقلانية التي تؤدي إلى الغضب ثم إحلال الأفكار العقلانية محلها تمهيداً لمواجهة الغضب.

أولاً: الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالغضب:

لخص " إليس " الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالغضب في أربع قضايا هي:

1- كم كان شنيعا (فظيعا) أن تعاملني بمثل هذه الطريقة الظالمة.

2- لا أستطيع أن أتحمل معاملتك لي بأسلوب الاستهانة (عدم المسئولية) غير العادل.

3- لا ينبغي أن تعاملني بهذه الطريقة.

4- ولأنك تعاملني بهذه الطريقة أجد أنك الشخص المرعب (الفظيع) الذي لا يستحق أي شيء طبيعي في الحياة، ولا بد من عقابك.

نقاط الحوار المنطقي لتعديل هذه الأفكار:

اتبع المؤلف الخطوات التي اتبعها " إليس " في مناقشة الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالغضب ثم وضع خطة عمل تساعد الشخص الغاضب على مواجهة الغضب كالآتي:

مناقشة الأفكار اللاعقلانية المرتبطة بالغضب:

1- يتم شرح كيفية حدوث الغضب في ضوء (ABC) والتي أشرنا إليها في الجزء النظري (راجع طريقة إليس في الفصل الرابع).

2- يتم مناقشة البدائل التي تكون أمام الإنسان عندما يغضب وهي التعبير عن الغضب بحرية غير مقيدة، قمع أو كبت الغضب، التعبير عن الغضب بحرية منضبطة مع توضيح الآثار السلبية للبديلين (الأول والثاني) والآثار الإيجابية للبديل الثالث.

3- توضيح أهمية أن يكون لدينا اختيارات وسيطرة على استجاباتنا لكل موقف، حتى نحقق أهدافنا.

4- توضيح أهمية زيادة الوعي لدينا حتى يمكن السيطرة على الغضب.

5- توضيح وظيفة كل من الغضب السوي وغير السوي في حياتنا، وكيف أن الإنسان يحتاج إلى الغضب ليحمي نفسه ويتخلص من سيطرة الآخرين، وهذا على خلاف استجابة الغضب الشديدة التي تشعرنا بالقلق والكره والرفض والتي تؤدي إلى خفض مجهودنا وسوء توافقنا .

6- اكتشاف المعتقدات غير العقلانية المرتبطة بالغضب ودحضها، وتدور هذه المناقشة حول الأسئلة الآتية:

س1: هل تستطيع تقديم الأدلة على سوء معاملة الآخرين لك؟

س2: لماذا لا تعتقد أن الآخرين لهم وجهات نظر أخرى في الموضوع نفسه ؟

س3: هل أنت متأكد بدرجة 100٪ أن رأيك صادق في كل الأحوال؟

س4: على افتراض أن الآخرين تصرفوا تجاهك بطريقة خاطئة، فهل لدينا قانون يمكن به منعهم من هذا التصرف أو توقيع عليهم الجزاء ؟

س5: هل الآخرين الذين تصرفوا تجاهك بطريقة غير عادلة (من وجهة نظرك) يعلمون أنهم تصرفوا بوعي وعن قصد؟

س6: من وجهة نظرك هل كان هناك بدائل أخرى أمام الآخرين أفضل بالنسبة إليك؟

س7: هل تصرف الآخرين الذي يغضبك يتكرر كثيراً؟

س8: لو وضعت نفسك مكان الآخرين في الموقف نفسه وفي الظروف نفسها . ماذا تفعل؟

س9: ما اتجاهاتك نحو الآخرين قبل أن يتصرفوا معك على هذا النحو؟

ثانياً: خطة عمل لمواجهة الغضب:

يعرض المؤلف خطة عمل لمواجهة الغضب في ضوء وجهة نظر إليس (Ellis, a, 1977, 142 - 143).

1- أعلن عن غضبك وقل لمن أغضبك "إنني غاضب منك" على أن تكون طريقة الإعلان مقبولة من الآخرين.

2- تعامل مع الغضب على أنه غير ملائم واعتبره مشكلة خاصة لست في حاجة إليها.

3- اطلب المساعدة من صديقة أو صديق أو أي شخص تثق فيه واطلب منه النصيحة أو وضع خطة لمواجهة الغضب.

4- تكلم مع نفسك وقل لماذا أغضب بهذا الشكل؟ ولماذا لا أواجه الغضب بدلا من الاستسلام له أو قمعه أو كبته؟

5- تحمل المسئولية عن غضبك واعترف بأنك أوجدت هذا الغضب بطريقة تفكيرك ومعتقداتك غير العقلانية .

6- تقبل غضبك ثم فكر في الأعراض المصاحبة له مثل : القلق والشعور بالذنب والشعور بالنقص. وأنت تفعل ذلك لا تلعن نفسك لأنك غاضب ولكن ارفض أن تترك نفسك على هذه الحالة .

7- تعلم أن تجد نفسك في حالة غير غاضبة .

8- تعلم الحوار الجدلي للمعتقدات اللاعقلانية التي سببت غضبك وافحصها جيداً بطريقة منظمة ومتكررة ؛ عندها تتعلم كيف ترفضها وكيف تثق في نفسك وتواجه مشاعرك السلبية بحرية منضبطة.

محاور جلسات البرنامج القائم على المعنى :

نعرض ملخصاً لهذه الجلسات كالتالي (محمد سعفان ، 2003 ، 150 – 160) :

المحور الأول : الاستبصار الوجودي وتحسين الاتجاهات :

نقاط المحاور والمناقشة :

1- الوعي بالذات يتم من خلال الوعي بالقدرات والإمكانيات والطموحات والظروف الممكنة والمعوقة وجوانب القوة والضعف .

2- يجب أن تتم إدراك العلاقة بالآخر في إطار القيم وهذا يتحقق عندما يدرك الشخص أنه حر ومسئول وأن الآخر كذلك ، كما أن المسئولية الأخلاقية تحتم أن يأتي بالقيم الإيجابية فلا يأتي بخطأ حتى ولو وقع عليه خطأ . وبهذا السلوك يشعر الشخص بالهدوء .

3- من المهم تحسين الاتجاهات نحو الذات والبيئة والمشكلة :

- **تحسين الاتجاه نحو الذات :** يتم عن طريق تعلم الاستجابة لصوت الضمير والثقة بالنفس والتحرر من الأنانية وتقوية الطاقة الروحية والمسئولية الأخلاقية .

- **تحسين الاتجاه نحو البيئة :** يتم عندما ينجح الشخص في استثمار إمكاناته وحريته والنهوض بمسئوليته ولذلك يجب رفض الخضوع والاستسلام وتجنب المواقف والظروف فترة مؤقتة دون التخلي عن الحرية والثقة بالنفس مع ضرورة التحدي والمواجهة واتخاذ القرار .

- **تحسين الاتجاه نحو المشكلة الخاصة :** يتم ذلك عن طريق زيادة الوعي بأن الشعور بالمعاناة يجب ألا يؤدي إلى فقد معنى الحياة ولكن الإنسان الإيجابي (الحر والمسئول) هو من يسعى إلى تحقيق معنى لوجوده فيختار أن يسخر من مشكلته أو يقبل ويتسامح من أجل مصلحته ومصلحة الآخرين أو يحول معاناته إلى انتصار ويسعى لاكتشاف وتحقيق معنى جديد بصدق ، وهو على وعي بأن لكل إنسان رسالة في الحياة لابد وأن يؤديها على أكمل وجه دون أن يتخلى عن قيمه ومبادئه .

المحور الثاني : التسامي بالذات من خلال اكتشاف وتحقيق المعنى :

بعد تشجيع الشخص الغاضب على إعادة الاستبصار الوجودي وتحسين الاتجاهات يتم تشجيعه على كيفية تعلم تجاوز الظروف والمشاكل والتسامي بالذات من خلال تفهم المعنى من وراء كل خبرة من خبرات الحياة الإيجابية والسلبية وإنماء القدرات وفهم حقيقة الوجود والحرية والمسئولية والتوجه نحو الحاضر والعمل من أجل المستقبل .

وقد اشتمل هذا المحور على الموضوعات التالية :

1- الوعي بمعنى الحياة .

2- الوعي بمعنى الألم النفسي .

3- الوعي بمعنى الجمال .

4- الوعي بمعنى الأمل .

المحور الثالث : فهم الغضب والتعامل معه :

يتم في هذه المرحلة إكساب المسترشد المهارات اللازمة لمواجهة الغضب وخفضه وذلك عن طريق المعارف والمهارات التالية :

1- **التعامل مع الغضب بالقصص الرمزية :** ويتم ذلك من خلال سرد بعض القصص التي توضح أنه لا يوجد إنسان بمنأى عن المرض أو مواجهة

الظروف والمواقف الصعبة . ومن أمثلة هذه القصص الرمزية : قصة إحراق إبراهيم وابتلاع الحوت ليونس وتعذيب محمد وإخراجه من مكة ، هؤلاء الرسل والأنبياء عليهم السلام أدركوا رسالة حياتهم بوضوح وعرفوا أن ما يتعرضون له هو جزء من رسالتهم ؛ لذلك واجهوا هذه المواقف بالطريقة الملائمة : إبراهيم احتمل الموقف فكانت النار برداً وسلاماً عليه ويونس سبح الله وهو في بطن الحوت ومحمد طلب الهداية لقومه لأنهم لا يعلمون الحقيقة .

إذا كانت المعاناة قانوناً سائداً بين البشر فإن المهم مواجهة الموقف بالطريقة الملائمة التي تثبت وتحافظ على الإنسان من خلال إنجاز عمل يفيد الذات ويفيد الآخرين ، وحتى وإن لم نجد استحساناً لما نفعل الآن فإن الأعمال ستبقى تحمل اسمنا ولا يمكن لأحد أن يمحوها أو يشوشها . أثناء الجلسة الإرشادية تم الاستماع من أفراد المجموعة التجريبية إلى قصص رمزية أخرى في الاتجاه نفسه (كيف احتمل الشخص غضبه وحوله إلى انتصار) .

2- التعامل مع الغضب بالقصد المتناقض :

الهدف : توليد انقلاب لقصد المسترشد عن طريق إحلال رغبة متناقضة ظاهرياً محل الغضب مثل فعل الأشياء التي يخافها ، وعن طريق المواجهة يمكن التحكم في الغضب . ومن المواقف في هذا الاتجاه :

طلب المعلم من بعض تلاميذه (في المرحلة الإعدادية) تمثيل مسرحية وكان من بين الأدوار دور تلميذ يفأفئ (نوع من اضطرابات الكلام) وعندما أسند هذا الدور إلى تلميذ يفأفئ بالفعل لم يستطع التلميذ أن يؤدي الدور أي لم يستطع أن يفأفئ على خشبة المسرح وتفسير ذلك أن التلميذ عندما ركز في الموقف ولم ينشغل بالآثار المترتبة على الفأفأة عدل من سلوكه ولم يفأفئ .

أثناء الجلسة الإرشادية يمكن تدريب المسترشد على القيام ببعض السلوكيات في الاتجاه نفسه مثل قيامه بأداء دور المرشد النفسي ويقوم بالحديث عن

الغضب من حيث تشخيصه وعلاجه ، هنا يتحول بنفسه من كونه يعاني من غضب شديد إلى كونه مرشداً نفسياً؛ وهنا يحدث التغيير في مجرى التفكير .

3- التعامل مع الغضب بالضحك :

الهدف : استخدام الضحك للمحافظة على الذات في حالتها الإيجابية في مواقف الغضب حتى يمكن تجنب الغضب أو ضبطه .

أثناء الجلسة يطلب من كل مسترشد سرد حكاية حدثت له وتبعث على الضحك ثم يتم مناقشة الفائدة التي حققها أو كان من المفروض أن يحققها من الموقف.

4- وقف التفكير المفرط :

الهدف : وقف الإغراق في التفكير والتخلص من الغضب والتعامل مع أسبابه وآثاره بإيجابية لأن الإنسان لا يخلو من الغضب.

أثناء الجلسة الإرشادية يتم التدريب على عدم التمركز حول الذات وعدم الإفراط في التفكير بضرورة التخلص من الغضب نهائياً مع تجنب الشعور بالإحباط إذا لم يتم التخلص من الغضب نهائياً لأن هناك إمكانية أخرى لضبطه والتعامل معه بإيجابية.

نتائج الدراسة :

تم عرض نتائج الدراسة في جزئين : في الجزء الأول ، تم عرض نتائج الدراسة الخاصة بفاعلية كل من :العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي مع المجموعة التجريبية الأولى. والعلاج القائم على المعنى مع المجموعة التجريبية الثانية. وفي الجزء الثاني، تم عرض النتائج الخاصة بالمقارنة بين فعالية البرنامجين في خفض الغضب كحالة والغضب كسمة.

نتائج الجزء الأول:

تضمن الجزء الأول نتائج الفروض من الأول إلى الثامن وكلها تتضمن حساب الدلالة الإحصائية بين متوسطي درجات القياس القبلي و القياس البعدي ثم بين القياس البعدي و التتبعي مع الغضب كحالة و الغضب كسمة مع المجموعةالأولى (الفروض 1 ، 2 ، 3 ، 4) ومع المجموعة الثانية (الفروض 5 ، 6 ، 7 ، 8).

وبعد المعالجة الإحصائية لدرجات العينتين في الحالات المختلفة كانت نتائج الجزء الأول كالتالي :

- وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات القياس القبلي ومتوسط درجات القياس البعدي على مقياس الغضب كحالة و الغضب كسمة لأفراد المجموعتين التجريبيتين وهذه الفروق لصالح القياس البعدي حيث كانت قيمة (تَ) دالة عند مستوى 0.01 وهذه الفروق تدلل على فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والعلاج القائم على المعنى في خفض الغضب كحالة والغضب كسمة.
- عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسط درجات القياس البعدي ومتوسط درجات القياس التتبعي على مقياس الغضب كحالة والغضب كسمة لأفراد المجموعتين التجريبيتين، حيث كانت قيمة (ت) غير دالة إحصائياً، مما يشير إلى بقاء أثر كل برنامج عند المستوى الذي كان عليه عند انتهاء الجلسات الإرشادية .
- رغم أن النتائج العامة للفروض تشير إلى فعالية العلاج وبقاء أثر الفعالية لدى أفراد المجموعتين التجريبيتين إلا أن هذه النتيجة لا تعمم على كل الأفراد فقد تبين بعد مراجعة درجات كل حالة على حدة النتائج التالية :

* حدوث انتكاسة نسبية لإحدى الطالبات في المجموعة التجريبية الأولى في متغير الغضب كسمة وكانت الدرجات في القياسات الثلاثة كالتالي : القبلي (42) البعدي (24) التتبعي (33) وحيث إن زيادة الدرجة تشير إلى ارتفاع الغضب كسمة فإن هذا يشير إلى حدوث انتكاسة نسبية . وبمراجعة استمارة التقييم الذاتي

للغضب (الخاصة بالطالبة) تبين أن لديها استعداداً لإدراك التهديد المستمر من الآخرين وأنها تتوقع دائماً الرفض والشر ولا تستطيع التفكير في بدائل إيجابية .

ويفسر الباحث تحسن درجة الحالة في القياس البعدي للغضب كسمة ثم حدوث الانتكاسة بعد انتهاء البرنامج بأن الطالبة وجدت في الإرشاد الجماعي البيئة المناسبة التي يمكنها أن تتفاعل معها وتُحسن الظن بسلوكيات أفرادها تجاهها ، ولكن بعد انتهاء البرنامج وافتقاد هذه البيئة حدثت الانتكاسة.

وجد أيضاً حالة عدم تحسن لإحدى الطالبات في المجموعة التجريبية الثانية وكانت درجاتها في القياسات الثلاثة على مقياس الغضب كحالة والغضب كسمة كالتالي :

الغضب كحالة : القبلي (40) البعدي (38) التتبعي (38) . الغضب كسمة : القبلي (50) البعدي (45) التتبعي (51) . وحيث إن ارتفاع الدرجة يشير إلى ارتفاع الغضب فإن النتائج الخاصة بالحالة تشير إلى عدم فعالية البرنامج القائم على المعنى في خفض الغضب كحالة والغضب كسمة لدى الحالة . وبمراجعة استمارة التقييم الذاتي للغضب للطالبة تبين أن لديها نقصاً في المهارات الاجتماعية ولديها شعور دائم بالتهديد والمضايقات من الآخرين ولديها صورة سلبية عن ذاتها الجسمية كما أنها تشعر بالعجز عند مواجهة المواقف . وأثناء الجلسات كانت الحالة تبذل القليل من الجهد لما يطلب منها وكانت تتحدث بعصبية ؛ ونتيجة للخصائص الانهزامية والتشاؤمية التي تتصف بها الحالة بالإضافة إلى مزاجها السيئ جعلها تنشغل كثيراً بالغضب مما أدى إلى عدم فعالية أي محاولة لإكسابها المعرفة والخبرة والمهارة المتصلة بالغضب والتعامل معه والتحكم فيه . وفي رأي الباحث أن هذه الحالة تحتاج إلى دراسة إكلينيكية يتم في ضوئها تقديم خدمات إرشادية مناسبة .

نتائج الجزء الثاني :

عند حساب دلالة الفروق بين متوسطى درجات القياس البعدي للمجموعة الأولى والمجموعة الثانية على مقياس الغضب كحالة والغضب كسمة (كل على حدة) تبين عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات القياس البعدي للمجموعتين . وهذه النتيجة تدلل على أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والعلاج القائم على المعنى لهما درجة فعالية متقاربة في خفض الغضب كحالة والغضب كسمة . رغم اختلاف فنيات وإجراءات كل برنامج .

البرنامج الثالث
تصميم المجموعتين (التجريبية والضابطة)

عنوان الدراسة

فعالية برنامج إرشادي لخفض قلق الانفصال لدى أطفال الروضة (ميار محمد سليمان، 2003) * .

ونعرض ملخصاً للدراسة مع التركيز على الجوانب التي تعالج الخلفية النظرية لموضوع الدراسة وطبيعة المشكلة والبرنامج الإرشادي ونتائجه . والموضوعات التي نعرض لها هي :

1- الخلفية النظرية لقلق الانفصال .
2- علاج قلق الانفصال .
3- الحاجة إلى الإرشاد النفسي للأطفال .
4- مدخل إلى مشكلة الدراسة .
5- أهداف الدراسة .
6- عينة الدراسة .
7- فروض الدراسة .
9- البرنامج الإرشادي .
10- نتائج الدراسة .

* الدراسة هي موضوع رسالة ماجستير في التربية (صحة نفسية) ، وقد أشرف عليها المؤلف (إشراف مشترك) .

1- الخلفية النظرية لقلق الانفصال :

قلق الانفصال Separation anxiety من الاضطرابات الانفعالية ويرتبط بالمواقف التي يشعر فيها الطفل بالقلق عند انفصاله عن الأم أو أشخاص آخرين قائمين على تربيته ، ولذلك يحاول الطفل التعلق بهم بشكل مبالغ فيه ويرفض الذهاب إلى أي مكان ولو لفترة قصيرة . ومن أمثلة ذلك رفض الذهاب إلى الحضانة أو رياض الأطفال أو المدرسة . وإذا فُرض على الطفل ترك المنزل والذهاب إلى أي مكان آخر تحدث له آثار سلبية مثل الخوف من الوحدة والحزن والبكاء والاعتلال الجسمي وسوء التوافق الاجتماعي . ويمكن الاستدلال على قلق الانفصال لدى الطفل منذ الشهر الثامن من ميلاده ويستمر حتى الصف الثالث أو الرابع الابتدائي وفي بعض الحالات يستمر حتى نهاية المرحلة الابتدائية .

المحكات التشخيصية لقلق الانفصال :

أورد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في صورته الرابعة DSM-IV (1994) المعايير التشخيصية لاضطراب قلق الانفصال على النحو التالي :

أ- قلق مفرط لا يتناسب مع مرحلة النمو مرتبط بانفصال الطفل عن المنزل أو عن الأشخاص المتعلق بهم ويبرهن عليه بثلاثة (أو أكثر) من الأعراض التالية :

1) توتر مفرط ومتكرر يصيب الطفل عند الانفصال عن المنزل أو الشخص المرتبط به أو عند توقع هذا الانفصال .

2) قلق مفرط أو مستمر على فقدان الأشخاص المرتبط بهم الطفل أو احتمال حدوث مكروه لهم .

3) قلق مفرط ومستمر من أن يؤدي حدث فاجع إلى الانفصال عن الأشخاص المرتبط بهم الطفل (مثل الاختطاف أو ضل الطريق) .

4) رفض مستمر للذهاب إلى المدرسة أو إلى أي مكان آخر خوفاً من الانفصال.
5) خوف مفرط ومستمر من الوحدة أو من البقاء بدون الأشخاص المرتبط بهم في المنزل أو بدون الكبار .
6) خوف مستمر من الذهاب للنوم بعيداً عن الشخص المرتبط به أو النوم بعيداً عن المنزل .
7) يعاني كوابيس متكررة عن الانفصال .
8) شكاوى متكررة من أعراض بدنية (مثل الصداع أو المغص أو الغثيان أو القيء) عند الانفصال عن الأشخاص المرتبط بهم أو توقع هذا الانفصال .

ب- مدة الاضطراب 4 أسابيع على الأقل .

جـ- سن الإصابة قبل بلوغ الثامنة عشرة من العمر .

د- يسبب الاضطراب حزناً شديداً وضعفاً في العلاقات الاجتماعية والأكاديمية الوظيفية أو أي نطاق آخر من العلاقات .

هـ- هذا الاضطراب لا يحدث بصفة منفردة أثناء حدوث اضطراب النمو السائد ، أو مرض الفصام ، أو أي اضطراب عصابي آخر ، ولدى المراهقين والبالغين ليس من المستحب إرجاع أسباب الاضطراب إلى الهلع المصاحب للخوف من الأماكن المفتوحة .

ملحوظة : إن البداية المبكرة للاضطراب تبدأ قبل سن السادسة من العمر .

أما الدليل التشخيصي للأمراض النفسية في التصنيف العاشر ICD-10 لمنظمة الصحة العالمية (1992) فقد أورد المحكات التشخيصية لقلق الانفصال على النحو التالي :

أولاً : يجب أن تظهر على الأقل ثلاثة من الأعراض التالية :

1- انزعاج مستمر وغير واقعي يشغل بال الطفل حول إيذاء قد يحل برموز الارتباط الأساسية (الأشخاص شديدي الالتصاق به) أو قلق من فقد هذه الرموز

(مثل الخوف من أنهم سوف يرحلون ولن يعودوا مرة أخرى ، أو أن الطفل لن يراهم مرة ثانية) .

2- انزعاج مستمر وغير واقعي يشغل بال الطفل من تعرض رموز الارتباط لحادث مأساوي مثل القتل أو دخول المستشفى أو الاختطاف وهذا الحادث سوف يفصل بين الطفل وبين شخص شديد الالتصاق به .

3- الرفض المستمر للذهاب إلى المدرسة بسبب الخوف من الابتعاد عن المنزل (أكثر منه لأسباب أخرى كالخوف مما قد يحدث في المدرسة) .

4- صعوبة في الانفصال ليلاً يتضح من خلال الصور التالية :

أ) رفض مستمر للذهاب للنوم وحيداً دون التواجد بجوار رموز الارتباط .

ب) الاستيقاظ كثيراً أثناء الليل لتفقد رمز الارتباط أو للنوم بجواره .

5- الكوابيس المتكررة التي تدور موضوعاتها حول الانفصال .

6- الظهور المتكرر لبعض الأعراض الجسدية مثل : الغثيان والصداع وآلام المعدة ويحدث هذا في الانفصال عن رموز الارتباط (مثل الذهاب للمدرسة) .

7- توتر زائد ومتكرر أثناء أو بعد الانفصال أو عند توقع حدوثه ويظهر في صورة نوبات عصبية وفقد الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي .

8- ألا تقل مدة الاضطراب عن أربعة أسابيع . (ICD-10, 1992, 82-83)

2- علاج قلق الانفصال :

يمكن علاج قلق الانفصال من خلال خطة متكاملة متعددة الجوانب – تشمل العلاج النفسي الدينامي للطفل ، والعلاج السلوكي ، والعلاج الأسري ، والعلاج بالعقاقير (في بعض الحالات) .

باستخدام العلاج الدينامي للطفل : يمكن فهم المعنى اللاشعوري للأعراض التي يعاني منها الطفل وتقوية الأنا لديه لتحمل مواقف القلق .

وباستخدام العلاج المعرفي السلوكي : يمكن تبصير القائمين على تربية الطفل بطبيعة قلق الانفصال وأسبابه وعلاجه ، وتدريب الأطفال على الاسترخاء وهذا يساعدهم في السيطرة على القلق ، كما يشتمل العلاج التعريض لمواقف انفصالية مخيفة لمنع استجابة القلق المرتبطة بها ، وعمل مدرج لمواقف قلق الانفصال بالإضافة لذلك تستخدم استراتيجيات معرفية مثل التصريحات التي يقوم بها الشخص والتي تهدف إلى زيادة الإحساس بالاعتماد على النفس .

وباستخدام العلاج الأسري : يمكن مساعدة الآباء على تفهم أهمية تقديم المزيد من التشجيع المتواصل للأطفال لتحمل المواقف المثيرة للقلق عند الابتعاد عن المنزل ، بالإضافة لذلك فإن العلاج الأسري يشجع الوالدان على خفض مخاوفهم وصراعاتهم إزاء الطفل ومنع حمايتهم الزائدة له ، والعمل من خلال العلاج على تجاوز هذه المخاوف وخفضها وتعديل السلوكيات المرتبطة بها .

3- الحاجة إلى الإرشاد النفسي للأطفال :

تتضح الحاجة إلى الإرشاد النفسي للأطفال ، إذا تعرفنا على نوع الخدمات الإرشادية التي يقدمها الإرشاد النفسي للأطفال في الجانب النمائي والوقائي والتعليمي والعلاجي والتعاوني كما يلي :

1- في ضوء قوانين النمو يكون من خصائص النمو أنه عملية مستمرة تراكمية متكاملة وهنا تكون الحاجة إلى خدمات إرشادية نمائية تسهل نمو الطفل وتتعرف على حاجاته وتعمل على إشباعها ، كما تساعد على تنمية القدرات والإمكانيات لديه .

2- نظراً لأن مشكلات الطفل مازالت حديثة فيمكن بالخدمات الإرشادية الوقائية التحكم في أسبابها وتعديلها قبل أن تتفاقم عبر مراحل النمو التالية ويصبح لها آثار سلبية على مفهوم الذات للطفل وتوافقه وصحته النفسية .

3- باعتبار أن مدارك ومعارف وخبرات ومهارات الطفل مازالت محددة فيمكن مساعدة الطفل على استبصاره بذاته ، وتزويده بالمعارف والخبرات والمهارات النقية والفعالة ، ومساعدته أيضاً على فهم خصائص وإمكانيات البيئة التي يعيش فيها وذلك عن طريق خدمات الإرشاد التعليمية والتدعيمية .

4- يجمع علماء النفس على أن الأعوام الأولى من حياة الطفل لها أهمية خاصة ، لأنها المسئولة عن تكوين الطفل فيما بعد ، وفي ضوء ذلك ، إذا اكتسب الطفل أنماطاً سلوكية غير مرغوبة ولم تعدل أو إذا وُجدَ شذوذ أو انحراف في نمو الطفل في الأعوام الأولى ولم يعالج ، أو إذا تربى الطفل في بيئة منزلية أو مدرسية غير سوية ولم تعدل ، إذا حدث ذلك فقد يكون من الصعب حل هذه المشكلات خلال مراحل النمو التالية للطفل ، في ضوء ذلك تتضح أهمية الاستفادة من الخدمات الإرشادية العلاجية في الأعوام الأولى من حياة الطفل ، وعند حدوث المشكلة مباشرة .

5- في مجال الإرشاد النفسي للأطفال يمكن التعاون مع أفراد آخرين مهمين بالنسبة للطفل (مثل الوالدين والأخوة والمعلم) في العملية الإرشادية بدءاً من تحديد المشكلة وجمع المعلومات وانتهاءً بتقويم نتائج الإرشاد ، وهذا التعاون يعطى للإرشاد النفسي في مجال الأطفال مميزات مثل إمكانية جمع المعلومات من مصادر متعددة وتوزيع الأدوار والمسئوليات بين المرشد النفسي وكل من الطفل والمسئولين عن تربيته ورعايته أو المهمين بالنسبة له وذلك عند التشخيص والعلاج والتقويم . بالإضافة إلى ما سبق فإن التعاون مع أفراد آخرين مهمين بالنسبة للطفل يؤكد على الخاصية الاجتماعية للإرشاد النفسي . (محمد سعفان ، 2001-أ ، 47-49) .

هذا وتتوقف مدى فاعلية الخدمات النفسية للأطفال على وعي من يقدمون هذه الخدمات – بشتى مستوياتها سواء الوقائية منها أم التدعيمية أم العلاجية – بعدة اعتبارات أساسية هي :

1- الطفل كائن ينمو ، لذلك ينبغي على من يعمل في مجال تقديم الخدمات النفسية أن ينظر إلى كل طفل في إطار المسار الكلي الذي اتخذه نمط نموه .

2- هناك مطالب وتحديات لكل مرحلة من مراحل النمو ، ومن هنا فإن المعرفة بمتطلبات كل مرحلة تعتبر ضرورية لكل من يعمل في مجال تقديم الخدمات النفسية .

3- هناك فروق فردية ، فبالرغم من أن النمو عملية مطردة تظهر في تتابع منظم إلا أن كل فرد له جدوله الزمني الخاص وطريقته الخاصة ، لذا تتشابه الأطفال وتختلف في الوقت نفسه وهو أمر ظاهر لكل من يقوم بملاحظة الأطفال .

4- يدرك كل من يعمل في مجال تقديم الخدمات النفسية للأطفال أن هناك ظروفاً بيئية تشجع النمو باتجاه السواء ، كما أن هناك من الخبرات والظروف البيئية ما يرتبط بظهور المشكلات النفسية لدى الأطفال ، ومن الظروف البيئية المشجعة للنمو السليم ما يلي :

أ) الظروف التي تتيح الوفاء بحاجات الطفل الأساسية .

ب) الظروف البيئية التي تهيئ الأمان والأمن العاطفي للطفل .

جـ) الظروف البيئية التي تتيح نماذج طيبة للسلوك والقيم الخلقية للطفل .

د) الظروف البيئية التي تتيح الاتصال اللغوي السليم ، من خلال تبادل الحديث مع الآخرين في بيئة تزداد فيها وبها حصيلة الطفل اللغوية (ممدوحه سلامة، 1990 ، 115-125) .

دور المرشد النفسي للأطفال :

ينطوي عمل المرشد النفسي للأطفال على ضرورة كسب ثقة كل من الطفل نفسه وثقة الآباء والمعلمين . ويتيح التعاون بينه وبين ذوى الأهمية في حياة الطفل فهماً أفضل للطفل كما يساعده على تحديد مطالب النمو التي يحتاج الطفل إلى العون في مواجهتها ، ووضع يده على مصادر ألم الطفل أو مشكلاته المتعلقة بسلوك محبط لذاته أو تلك التي تتدخل في علاقاته بالآخرين ، وينحصر دور المرشد النفسي للأطفال في :

- تقديم العون النفسي للأطفال (إرشاد الطفل) .
- تقديم الخدمات الإرشادية للآباء والمعلمين .
- تسهيل إشباع حاجات الطفل ودعم نموه . (ممدوحه سلامة ، 1990 ، 125)

وهناك عدة مبادئ أساسية يضعها في اعتباره كل من يقوم بتقديم العون النفسي (الخدمات الإرشادية) للأطفال وهي :

1- ضرورة الاستماع للطفل وتهيئة الظروف المشجعة له على التعبير عما يشعر به
2- أن يقبل المرشد النفسي الطفل كما هو دون توجيه اللوم أو النقد ، كما يقوم بالتعبير عن تفهمه لموقف الطفل وما يشعر به ، كما يُظهر رغبته في مساعدته .
3- أن يقوم المرشد النفسي والطفل بتحديد الغرض أو الهدف من لقائهم وليس بالضرورة أن يكون الهدف هو السبب نفسه الذي استرعى انتباه من قام بتحويل الطفل ، وإنما يجب أن يشعر الطفل بأن عملية مساعدته لها معنى لمصلحته هو.
4- ضرورة القيام بالتقويم النفسي الدقيق على ضوء مرحلة النمو التي وصل إليها الطفل ، مع الوضع في الاعتبار الفروق الفردية ، واستخدام الأدوات الملائمة .
5- يعتبر التعاون والثقة المتبادلة بين المرشد النفسي وبين أسرة الطفل أو معلميه أمراً ضرورياً ، لزيادة فهم الطفل ولضمان نجاح عملية الإرشاد (محمد سعفان، 2001 – أ ، 54-55) .

أنظمة تقديم خدمات الإرشاد النفسي للأطفال :

تقدم خدمات الإرشاد النفسي للأطفال من خلال نظام أو أكثر من الأنظمة الأربعة الآتية :

النظام الأول : مساعدة الطفل نفسه من خلال علاقة إرشادية مباشرة وجهاً لوجه مع المرشد النفسي .

النظام الثاني : مساعدة أسرة الطفل أو أي جماعة اجتماعية أخرى لها تأثير على الطفل (صاحب المشكلة) مثل جماعة الطفل وجماعة الأصدقاء .

النظام الثالث : مساعدة شخص له تأثير ومسئول عن الطفل مثل الأب أو الأم أو المعلم وهنا تقدم الخدمات إلى شخص محوري من أجل إحداث تغيير في آراء واتجاهات وسلوكيات الطفل.

النظام الرابع : العمل على تغيير بيئة أو برنامج أو سياسة مع ملاحظة أن الخدمات الإرشادية في هذا النظام لا تقدم إلى الطفل مباشرة (محمد سعفان ، 2001-أ ، 50-52) .

4- مدخل إلى مشكلة الدراسة :

تعتبر مرحلة الطفولة المبكرة أو عمر ما قبل المدرسة من أهم الفترات في حياة الطفل وذلك لاكتساب الطفل التوافق الصحيح مع البيئة الخارجية ، كما أن هذه المرحلة هي التي تؤثر في سلوك الطفل فيما بعد ذلك ، لأن ما يغرس في الطفولة يصعب استئصاله ويصبح الأسلوب المميز لسلوك الشخص . ودخول الطفل الروضة يعتبر ضرورة لكل طفل ، حيث يحصل الطفل على خبّرات داخل الروضة لا يمكن أن تتوافر بالكيفية نفسها في المنزل . وفي بعض الحالات يصاب الطفل بالذعر أو الخوف عند التحاقه بالروضة والانفصال بعض الوقت عن الأشخاص المهمين له وهو ما يعرف بقلق الانفصال ، وقد يرجع السبب في ذلك إلى الحماية

الزائدة للطفل واعتماده على الكبار وأيضاً إشعار الطفل بالخوف الزائد عليه من قبل الوالدين وكذلك حماية الطفل المفرطة من الأخطار المتوقعة من قبل المحيطين به ؛ لذلك فهؤلاء الأطفال محتاجون إلى اهتمام ورعاية من خلال إعداد برامج إرشادية لهم وللقائمين على تربيتهم خاصة الأم والمعلمة . لذلك فالدراسة الحالية تختبر فعالية برنامج إرشادي قائم على استراتيجية معرفية سلوكية في خفض قلق الانفصال لدى عينة من هؤلاء الأطفال .

5- أهداف الدراسة :

تتحدد أهداف الدراسة فيما يلي :

أ- إعداد برنامج إرشادي لخفض قلق الانفصال لدى عينة من أطفال الروضة .

ب- إكساب أمهات ومعلمات الأطفال (عينة الدراسة) بعض المهارات السلوكية والمعرفية تمكنهم من التعامل مع الطفل عند دخوله رياض الأطفال لتجنب قلق الانفصال .

6- عينة الدراسة :

أجريت الدراسة على العينات التالية :

أولاً : عينة قوامها (32) طفلاً من أطفال الروضة بروضة مركز الخدمات المتكاملة بالزقازيق ، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين هما :

1- **المجموعة التجريبية :** وتتكون من (16) طفلاً (تم تطبيق البرنامج الإرشادي عليهم) .

2- **المجموعة الضابطة :** وتتكون من (16) طفلاً (لم تتلق أي نوع من الخدمات الإرشادية).

وقد تمت المجانسة بين المجموعتين في متغيرات العمر والذكاء والمستوى الاجتماعي الاقتصادي ، وقلق الانفصال .

ثانياً : أمهات الأطفال تم اشتراكهم في تنفيذ البرنامج الإرشادي .

ثالثاً : معلمات الأطفال قوامها (6) معلمات تم اشتراكهم في تنفيذ البرنامج الإرشادي .

7- أدوات الدراسة :

استخدمت الباحثة الأدوات الآتية :

أ- أدوات الضبط (المجانسة) :

تستخدم هذه الأدوات لتحقيق المجانسة بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة وهي :

1- مقياس ستانفورد – بينيه للذكاء الصورة الرابعة (1998) اقتباس وإعداد لويس مليكه .

2- استمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي (1997) إعداد كمال دسوقي ومحمد بيومى خليل .

3- استمارة بيانات خاصة بالطفل . إعداد الباحثة .

ب- أدوات القياس :

- مقياس قلق الانفصال لأطفال الروضة (كما تدركه الأم) . إعداد الباحثة .

- مقياس قلق الانفصال لأطفال الروضة (كما تدركه المعلمة) . إعداد الباحثة.

8- فروض الدراسة الحالية :

يمكن صياغة الفروض التالية كإجابات محتملة عن تساؤلات الدراسة :

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس قلق الانفصال لأطفال الروضة ، بعد تطبيق البرنامج لحساب المجموعة التجريبية .

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس قلق الانفصال لأطفال الروضة في القياسين القبلي والبعدي الأول لحساب القياس البعدي الأول .

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس قلق الانفصال لأطفال الروضة في القياسين البعدي الأول والبعدي الثاني ، لحساب القياس البعدي الثاني .

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس قلق الانفصال لأطفال الروضة في القياسين القبلي والبعدي الثاني ، لحساب القياس البعدي الثاني .

5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس قلق الانفصال لأطفال الروضة في القياسين البعدي الثاني والتتبعي (بعد مرور شهرين من انتهاء البرنامج) .

9- البرنامج الإرشادي :

تم وضع البرنامج الإرشادي في ضوء النظرية المعرفية السلوكية وهذا الاتجاه يدمج فنيات النظرية المعرفية وفنيات النظرية السلوكية في استراتيجية واحدة .

أ) الاستراتيجية الإرشادية :

لتحقيق أهداف الدراسة الحالية يتم استخدام استراتيجية إرشادية قائمة على النظرية المعرفية السلوكية وهذا الاتجاه يجمع بين الفنيات المعرفية والسلوكية ومن أهم الفنيات التي اعتمدت عليها الباحثة : التحصين التدريجي والتعزيز والنمذجة ولعب الدور والمحاضرة والمناقشة الجماعية والواجبات المنزلية والأنشطة . ونوضح طبيعة كل فنية كما يلي :

فنية التحصين التدريجي :

الهدف منها إبدال الاستجابة المراد تعديلها باستجابة أخرى معارضة ومقبولة عن طريق إضعاف الاستجابة الأولى ويتم ذلك بمواجهة مواقف القلق والخوف تدريجيا مع استخدام التعزيز ، وتكون النتيجة النهائية إلغاء الحساسية المبالغ فيها نحو تلك المواقف ، وبالتالي تتحول هذه المواقف إلى مواقف محايدة (أي لم يعد لها تأثير) وبهذه الطريقة يتم إلغاء العلاقة بين المثير والاستجابة.

والجدول التالي يوضح كيفية تنفيذ فنية التحصين التدريجي بين الأم وطفلها.

جدول (4)

كيفية تنفيذ جلسات التحصين (الانفصال) التدريجي بين الأم وطفلها

الأبعاد المدة	ما يجب على الأم عمله	فترة بقاء الأم في الروضة	تقديم الأنشطة	فترة بقاءه في الروضة
الأسبوع الأول	تصطحب الأم الطفل حتى فصل الروضة	60 دقيقة في اليوم الأول 30 دقيقة في اليوم السادس	تشكيل – تلوين – قص ولصق – تكوين مربعات بازلز	ساعة كاملة
الأسبوع الثاني	تصطحب الأم الطفل حتى فصل الروضة	30 دقيقة في اليوم الأول 15 دقيقة في اليوم السادس	لعب بالكرات – الأطواق – رسم – غناء – فك وتركيب	ساعة ونصف
الأسبوع الثالث	تصطحب الأم الطفل حتى فصل الروضة	15 دقيقة في اليوم الأول 15 دقيقة في اليوم السادس	بازلز – لعب بالكرات – تكوين – غناء – مسابقات رياضية – تشكيل	ساعتان
الأسبوع الرابع	تصحب الأم الطفل حتى باب الفصل دون ممارسة أنشطة			ساعتان ونصف
الأسبوع الخامس	تصطحب الأم الطفل حتى منتصف المسافة بين باب الفصل وبوابة الروضة دون ممارسة أنشطة			ثلاث ساعات
الأسبوع السادس	تصطحب الأم الطفل حتى بوابة الروضة فقط دون أن تدخل			ثلاث ساعات ونصف
الأسبوع السابع	يصطحب الأب أو أحد الأخوة الطفل إلى الروضة بدلاً من الأم			أربع ساعات

فنية التعزيز Reinforcement :

المقصود بالتعزيز هنا المكافأة التي تقدم إلى الطفل عند إصدار السلوك المرغوب فيه وما يترتب عليها من أثر طيب وإيجابي وشعور بالارتياح مما يؤدي إلى تقوية الاستجابة المرغوبة وتكرارها . ومن أنواع التعزيز المستخدم في الدراسة الحالية : التعزيز المادي المتمثل في الهدايا والحلوى ، والأقلام ، والتعزيز المعنوي المتمثل في التصفيق وكلمات الاستحسان مثل كلمات برافو – شاطر وغيرها.

يتم تدريب الأمهات والمعلمات أيضاً على استخدام التعزيز المستمر مع الأطفال تجاه مواقف الانفصال ثم استخدام التعزيز المتقطع معهم بعد مرور فترة من تطبيق البرنامج الإرشادي.

فنية النمذجة : Modeling

تقوم فنية النمذجة على افتراض أن الإنسان يمكن أن يتعلم من ملاحظة سلوك شخص آخر . ولكي تؤدي النمذجة إلى نتائج إيجابية يجب أن يكون النموذج (المرشد النفسي) له شخصية مؤثرة ومقنع وأن تتطابق أقواله مع أفعاله ، وأن يستخدم مع النمذجة فنيات أخرى مثل لعب الدور والتعزيز ، ومن أنواع النمذجة : المصورة والمسموعة ، يتم استخدام النمذجة المصورة من خلال المشاركة مع الأطفال فيتم مشاهدة صور سلوكيات صحيحة وأخرى خاطئة أثناء ذهابهم للروضة مع أمهاتهم ، بجانب ذلك يتم استخدام النمذجة السمعية من خلال سماع قصص لأبطال يعانون من قلق الانفصال مع بيان كيفية التصرف في هذه المواقف .

يتم أيضاً الدمج بين الفنيات الثلاث : النمذجة ولعب الدور والتعزيز وذلك عند قيام الأطفال بتقليد دور كل من الأب والأم والأخوة من خلال المسرحيات المختلفة ، كما يتم تعزيز سلوكيات الأطفال الإيجابية ، ويتم أيضاً استخدام النمذجة

المصورة مع الأمهات والمعلمات وذلك عن طريق مشاهدة صور لسلوكيات صحيحة وأخرى خاطئة أثناء انفصالهن عن أطفالهن .

فنية لعب الدور Role Playing :

يتم استخدام لعب الدور عن طريق قيام الأطفال بلعب أدوار كل من الأم والأب أثناء انفصالهم عن أطفالهم وكذلك القيام بلعب أدوار الأخوة والأقارب أثناء لعبهم مع الأطفال وأثناء غياب الأم وفي الروضة .

فنيتا : المحاضرة والمناقشة الجماعية :

تستخدم فنيّتا المحاضرة والمناقشة الجماعية في الدراسة الحالية مع الأمهات والمعلمات بهدف تبصيرهن بأسباب وأعراض قلق الانفصال والآثار السلبية الناتجة عنه . وأيضاً إعطاء التعليمات أثناء الجلسات والتعليمات الخاصة بتطبيق الواجبات المنزلية .

فنية الواجبات المنزلية :

تقوم فكرة الواجبات المنزلية على أساس تكليف المسترشد بالقيام ببعض الواجبات المرتبطة بالبرنامج وتنفيذها في المنزل أو في مكان آخر ، وتستخدم فنية الواجبات المنزلية مع الأمهات والمعلمات عن طريق تكليفهن بممارسة الأنشطة المختلفة مع أطفالهن في المنزل أو الروضة .

الأنشطة المصاحبة :

ممارسة الأنشطة وسيلة فعالة يمارسها الطفل للتعبير عن انفعالاته ويُشبع بها حاجاته ويتغلب بها على شعوره بالنقص . وتستخدم الأنشطة المتنوعة لتحقيق أهداف البرنامج من خلال مواقف سلوكية تشبه إلى حد كبير مواقف الحياة اليومية التي يعيشها طفل الروضة ومن هذه الأنشطة ما يلي :

1) **النشاط الاجتماعي :** ويتم عن طريق تمثيل المسرحيات والأغاني ؛ لأن التمثيل والغناء نشاط ترويحي يبعث على السرور والمرح . ويهدف هذا النشاط إلى تدريب أفراد المجموعة التجريبية على الاعتماد على النفس والثقة بالذات وتكوين العلاقات الاجتماعية الإيجابية مع الأطفال الآخرين .

2) **النشاط الرياضي :** ويتم عن طريق قيام الباحثة بتنظيم لعبة الكراسي الموسيقية ولعبة صياد السمك ولعبة شد الحبل مع استخدام التعزيز . والهدف من هذا النشاط الرياضي استثمار طاقات الأطفال في الاتجاه الإيجابي وإتاحة الفرص للتنفيس عن انفعالاتهم وتنمية قيمة التعاون والمشاركة والاعتماد على النفس وتأكيد الذات .

ب- المدى الزمني للبرنامج وعدد ومكان الجلسات :

المدة الزمنية للبرنامج الإرشادي ثلاثة أشهر ، ويبلغ عدد الجلسات (31) . ويتم توزيع الجلسات على كل من الأم والمعلمة والطفل كما هو موضح في الجدول (5) .

جدول (5)

توزيع الجلسات على الأمهات والمعلمات والأطفال

نوع الجلسة من حيث	جلسات مشتركة (الأم والمعلمة معاً)	جلسات خاصة بالأم فقط	جلسات خاصة بالمعلمة فقط	جلسات خاصة بالطفل
عدد الجلسات	(5) جلسات موزعة كالآتي : 4 تمهيدية + 1 ختامية	(7) جلسات بواقع جلسة أسبوعيا	(7) جلسات بواقع جلسة أسبوعيا	(12) جلسة بواقع جلسة أسبوعيا
زمن الجلسة	45-60 دقيقة	45-60 دقيقة	45-60 دقيقة	45-50 دقيقة
مكان التطبيق	غرفة النشاط	غرفة النشاط	غرفة النشاط	غرفة النشاط + حديقة الروضة

وسوف تصنف الجلسات كالآتي :

1- **الشهر الأول :** جلستان في الأسبوع (جلسة مشتركة للأم والمعلمة معاً وجلسة للطفل) .

2- **الشهر الثاني والثالث :** ثلاث جلسات في الأسبوع (جلسة للأم ، جلسة للمعلمة ، جلسة للطفل) .

* فيما عدا الجلسة الأخيرة في الشهر الثالث فهي تكون مشتركة للأم والمعلمة معاً .

جـ- الوسائل والأدوات المستخدمة في البرنامج :

يتضمن البرنامج مجموعة من الوسائل والأدوات يتم من خلالها توصيل محتوى البرنامج لتحقيق الهدف منه وهذه الوسائل عبارة عن : مجموعة من البطاقات والصور – كاسيت مسجل عليه أغاني بالعزف – قصص وكتب ملونة – لوحة وبرية – مجموعة من الكور الملونة والأطواق مختلفة الأحجام – مجسمات للحيوانات والطيور – مجموعة دمى مختلفة الأشكال والحجم – ألوان شمع – قص ولصق – عجينة التشكيل – ملابس لشخصيات المسرحية – ستائر وزهور – بطاقات مرسوم عليها سلوكيات صحية وأخرى خاطئة بالمنزل والروضة ملونة بألوان جذابه – مجموعة دفوف وطبل وشخاليل – حبل سميك .

د- مراحل البرنامج الإرشادي :

يتم تنفيذ البرنامج الإرشادي على أربع مراحل على النحو التالي :

* المرحلة الأولى : تعارف وتهيئة للبرنامج .

أهداف المرحلة الأولى :

- التعارف بين الباحثة والأمهات والمعلمات .
- التعارف بين الباحثة والأطفال .
- إقامة علاقة إرشادية بين الباحثة والأطفال وأمهاتهم والمعلمات .

التقييم : يتم من خلال ملاحظة الأطفال والمناقشة معهم ومع الأمهات والمعلمات .

* المرحلة الثانية : الاستبصار :

أهداف المرحلة الثانية :

- تبصير الأمهات والمعلمات بخصائص النمو في مرحلة الطفولة المبكرة والخصائص السلبية والإيجابية للصحة النفسية .
- تزويد الأمهات والمعلمات بمعلومات عن قلق الانفصال وسيتم ذلك على النحو التالي :

أ) التعريف بقلق الانفصال لدى أطفال الروضة والآثار السلبية الناتجة عنه .

ب) التعريف بأعراض قلق الانفصال .

جـ) التعريف بأسباب قلق الانفصال لدى الأطفال .

عدد الجلسات : جلستين للأطفال ، 3 جلسات مشتركة للأمهات والمعلمات معاً .

التقييم : من خلال ملاحظة الأطفال والمناقشة مع الأمهات والمعلمات وأيضاً الواجبات المنزلية التي تعطى للأمهات والمعلمات .

* المرحلة الثالثة : الإجراءات التدريبية للبرنامج :

أهداف المرحلة الثالثة :

- تدريب الأمهات على كيفية الانفصال التدريجي عن الطفل .
- تدريب المعلمات على كيفية الاستقبال الأمثل للطفل .
- تدريب المعلمات على اتباع بعض السلوكيات الصحيحة حتى يشعر الطفل بالثقة والأمان في الروضة وكأنها بيته .
- تدريب الأطفال على مجموعة من المهارات والأنشطة التي يتوقع أن تلعب دوراً أساسياً في تحقيق الهدف من البرنامج مثل :

أ) تدريب الأطفال على اللعب الجماعي .

ب) إتاحة الفرصة للأطفال للتعبير عن انفعالاتهم من خلال وسيلة الرسم وغيرها .

جـ) إعطاء الحرية للأطفال لاختيار النشاط المحبب لهم .

د) تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال .

عدد الجلسات : 7 جلسات للأطفال ، 7 جلسات للأمهات فقط ، 7 جلسات للمعلمات فقط .

التقييم : من خلال تطبيق الآتي :

أ) مقياس قلق الانفصال لأطفال الروضة (كما تدركه الأم) .

ب) مقياس قلق الانفصال لأطفال الروضة (كما تدركه المعلمة) .

وذلك في نهاية الجلسة السابعة للأطفال وللأمهات والمعلمات (الجلسة الثالثة في هذه المرحلة) ، ويسمى القياس البعدي الأول .

* المرحلة الرابعة : الإنهاء وتقييم البرنامج :

أهداف المرحلة الرابعة :

- إعادة التدريب على المهارات والفنيات المستخدمة في البرنامج .
- التحقق من الأهداف التي حققها البرنامج .
- تهيئة الأفراد لإنهاء البرنامج .
- جمع الآراء حول مدى الاستفادة من البرنامج .

عدد الجلسات : جلسة للأطفال وجلسة واحدة مشتركة للأمهات والمعلمات معاً .

تقييم البرنامج : يتم من خلال تطبيق الآتي :

أ) مقياس قلق الانفصال لأطفال الروضة (كما تدركه الأم) .

ب) مقياس قلق الانفصال لأطفال الروضة (كما تدركه المعلمة) .

وذلك بعد انتهاء البرنامج ، ويسمى القياس البعدي الثاني .

التقييم التتبعي : بعد تطبيق البرنامج بشهرين يتم إعادة تطبيق الآتي :

أ) مقياس قلق الانفصال لأطفال الروضة (كما تدركه الأم) .

ب) مقياس قلق الانفصال لأطفال الروضة (كما تدركه المعلمة) .

وذلك بهدف التعرف على مدى استمرارية فعالية البرنامج الإرشادي في خفض قلق الانفصال لدى الأطفال ، ويوضح جدول (6) مراحل ومحتويات جلسات البرنامج الإرشادي.

جدول (6)

مراحل ومحتويات جلسات البرنامج الإرشادي

مراحل البرنامج	جلسات الأطفال		رقم جلسات الأمهات	رقم جلسات المعلمات	زمن الجلسة
	رقم	زمن الجلسة			
مرحلة تعارف وتمهيد للبرنامج	1	45	(1) مشتركة		45
	2	45			
مرحلة الاستبصار	3	50	(2) مشتركة		60
	4	45	(3) مشتركة		60
			(4) مشتركة		60
مرحلة الإجراءات التدريبية للبرنامج	5	45	5	5	50
	6	50	6	6	60
	7	45	7	7	50
	8	45	8	8	50
	9	50	9	9	60
	10	45	10	10	60
	11	50	11	11	60
مرحلة الإنهاء	12	45	(12) مشتركة		50

هـ- عرض البرنامج على السادة المحكمين :

بعد أن صممت الباحثة محتوى البرنامج الإرشادي للأطفال بالإضافة إلى جلسات الأمهات والمعلمات تم عرضه على (17) من أعضاء هيئة التدريس بقسم الصحة النفسية بكلية التربية وقسم علم النفس بكلية الآداب جامعة الزقازيق لتحكيم البرنامج ومعرفة رأي سيادتهم فيما يلي :

- خطوات البرنامج التي تم تحديدها .
- مدى صحة محتوى البرنامج وتوافر عنصر الترابط فيه .
- تحديد مدى مناسبة كل جلسة لطفل الروضة .
- مدى مناسبة إجراءات كل جلسة لأهدافها .
- مدى مناسبة الفنيات المستخدمة في كل جلسة مع محتوى الجلسة وأهدافها .

وقد تمت مراجعة الجلسات وعمل التعديلات اللازمة في ضوء آراء ومقترحات السادة المحكمين .

و- الدراسة الاستطلاعية :

قامت الباحثة بإجراء دراسة استطلاعية للبرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية على 4 أطفال (غير أولئك الذين تضمنتهم العينة النهائية للدراسة) من ذوى قلق الانفصال ممن تنطبق عليهم شروط العينة التجريبية نفسها من أطفال المستوى الأول بروضة مركز الخدمات المتكاملة (الطفل السعيد) الزقازيق .

وفي ضوء هذه الدراسة تم التعرف على :

- المدة المناسبة لكل جلسة .
- مدى مناسبة الفنيات المستخدمة .
- مدى مناسبة اللغة مع الأطفال ومناسبة محتوى وأنشطة البرنامج .
- تحديد فعالية الأسلوب الإرشادي المستخدم .

وفي ضوء الإجراءات السابقة أصبح البرنامج الإرشادي مناسباً لأهداف الدراسة وخصائص عينة الدراسة وصالحاً للتنفيذ . وبعد تنفيذ البرنامج الإرشادي وتطبيق القياس البعدي الأول والقياس البعدي الثاني والقياس التتبعي توصلت الباحثة إلى النتائج التالية :

10- نتائج الدراسة :

يمكن إيجاز نتائج الدراسة فيما يلي :

1- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس قلق الانفصال لأطفال الروضة ، لحساب المجموعة التجريبية .

2- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس قلق الانفصال لأطفال الروضة ، في القياسين القبلي والبعدي الأول ، لحساب البعدي الثاني .

3- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس قلق الانفصال لأطفال الروضة ، في القياسين البعدي الأول والبعدي الثاني ، لحساب البعدي الأول .

4- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس قلق الانفصال لأطفال الروضة ، في القياسين القبلي والبعدي الثاني ، لحساب البعدي الثاني .

5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس قلق الانفصال لأطفال الروضة ، في القياسين البعدي الثاني والتتبعي .

من النتائج يتبين فعالية البرنامج الإرشادي في خفض قلق الانفصال لدى أطفال الروضة .

المراجـــع

أولا : المراجع العربية :

1- المعجم الوجيز ، مجمع اللغة العربية ، القاهرة : الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية (طبعة خاصة بوزارة التربية والتعليم) 1999 .

2- باترسون ، س ، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي (جـ2) ، ترجمة حامد الفقى ، القاهرة: دار القلم 1990 .

3- باترسون ، س ، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي (ط2) (جـ1) ، ترجمة حامد الفقى ، القاهرة : دار القلم ، 1992 .

4- براون ، أ : علم النفس الاجتماعي في الصناعة ، ترجمة السيد محمد خيرى ، سمير نعيم، محمود الزيادى ، القاهرة : دار المعارف ، 1968 .

5- بوشنسكى . إ.م ، الفلسفة المعاصرة في أوروبا ، ترجمة عزت قرنى ، الكويت : سلسلة عالم المعرفة ، العدد (165) ، 1992 .

6- جوليان روتر . علم النفس الإكلينيكي ، ترجمة ، عطية محمود هنا ، القاهرة : دار الشروق، 1984 .

7- جونجسما . ى . أرثر – بيترسون . ل مارك ، خطة العلاج النفسي . ترجمة عادل دمرداش القاهرة : الأنجلو المصرية ، 1996 .

8- حامد زهران ، التوجيه والإرشاد النفسي ، ط2 ، القاهرة : عالم الكتب ، 1980 .

9- رولloماى ، الأسس الوجودية للعلاج النفسي ، نصوص مختارة من التراث الوجودى ، ترجمة فؤاد كامل ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب ، 1987 .

10- سهام درويش أبو عطية ، مبادئ الإرشاد النفسي ، الكويت : دار القلم ، 1988 .

11- شلدرون كاشدان ، علم النفس الشواذ ، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة ، القاهرة : دار القلم ، 1977 .

12- صفوت فرج ، القياس النفسي ، القاهرة : دار الفكر العربي ، 1980 .

13- عبد الله محمود سليمان ، الإرشاد النفسي تطور مفهومه وتميزه ، الكويت : حوليات كلية الآداب ، الحولية (7) ، الرسالة (34) ، 1986 .
14- فرانكل ، فيكتور ، الإنسان يبحث عن معنى ، ترجمة طلعت منصور ، الكويت : دار القلم، 1982 .
15- فرانكل ، فيكتور . إرادة المعنى أسس وتطبيقات العلاج بالمعنى ، ترجمة إيمان فوزى ، القاهرة : دار زهراء الشرق ، 1998 .
16- لويس كامل ، عماد الدين إسماعيل ، عطية هنا ، اختبار الشخصية المتعدد الأوجه ، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية ، 1978.
17- لويس كامل مليكة ، التحليل النفسي والمنهج الإنساني في العلاج النفسي . ط2 . القاهرة: الناشر (المؤلف) . 1996 .
18- ماهر محمود عمر ، المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي ، ط2 ، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية ، 1992 .
19- محمد أحمد سعفان ، فعالية برنامج علاجي يتكون من إعادة البناء المعرفي والواجبات المنزلية والتغذية الراجعة في علاج الوساوس والأفعال القهرية ، (دراسة حالة) ، مجلة كلية التربية ، جامعة الزقازيق ، العدد (27) ، الجزء (1) ، 1996 .
20- محمد أحمد سعفان ، القلق النفسي في ضوء الاتجاهات الحديثة ، بحث مرجعي ، اللجنة العلمية الدائمة ، وزارة التعليم العالي ، المجلس الأعلى للجامعات ، (ج. م. ع) ، 1998.
21- محمد أحمد سعفان ، فعالية الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي والعلاج القائم على المعنى في خفض الغضب (كحالة وكسمة) لدى عينة من طالبات الجامعة ، بحث منشور في مجلة كلية التربية ، جامعة عين شمس ، العدد (25) الجزء (4) ، 2001 .
22- محمد أحمد سعفان ، الإرشاد النفسي للأطفال (الجزء الأول (أ)) القاهرة : دار الكتاب الحديث ، 2001 .
23- محمد أحمد سعفان ، الإرشاد النفسي للأطفال (الجزء الأول (ب)) القاهرة : دار الكتاب الحديث ، 2001 .
24- محمد أحمد سعفان ، اضطراب انفعال الغضب ، القاهرة : دار الكتاب الحديث ، 2003.

25- محمد أحمد سعفان ، اضطراب الوساوس والأفعال القهرية ، القاهرة : مكتبة زهراء الشرق ، 2003 .
26- محمد أحمد سعفان ، فعالية برنامج إرشادي انتقائي في خفض الوساوس والأفعال القهرية المرتبطة بالشعور بالذنب ، بحث منشور في مجلة كلية التربية ، جامعة عين شمس ، العدد (27) ، الجزء (4) ، 2003 .
27- محمد السيد عبد الرحمن ، فوقية حسن عبد الحميد ، مقياس الغضب كحالة وكسمة ، القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع ، 1998 .
28- محمد السيد عبد الرحمن ، منى خليفة حسن ، دليل الآباء والمتخصصين في العلاج السلوكي المكثف والمبكر للطفل التوحدي ، القاهرة : دار الفكر العربي ، 2004 .
29- محمد عبد الظاهر الطيب ، تيارات جديدة في العلاج النفسي ، القاهرة : دار المعارف ، 1981 .
30- محمد محروس الشناوى ، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي ، القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ، 1994 .
31- محمد محروس الشناوى ، العملية الإرشادية ، القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ، 1996 .
32- مصطفى فهمى ، علم النفس الإكلينيكي ، القاهرة : مكتبة مصر ، 1967 .
33- ممدوحة سلامة ، الإرشاد النفسي منظور نمائي ، القاهرة : الأنجلو المصرية، 1990 .
34- ميار محمد على سليمان ، فعالية برنامج إرشادي لخفض قلق الانفصال لدى أطفال الروضة ، رسالة ماجستير ، كلية التربية ، قسم الصحة النفسية ، جامعة الزقازيق ، 2003 .
35- هنرى – أ – موراى ، اختبار تفهم الموضوع، ترجمة ، محمد عثمان نجاتي، القاهرة ؛ دار النهضة العربية، 1975 .

ثانيا : المراجع الأجنبية :

36- DSM – IV . "Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (Fourth edition) American Psychiatric Association, Washington: DC. (1994).

37- Ellis, A : Anger how to live with and without it. Secaucus, New Jersey : Citadel Press, 1977 a.

38- Ellis, A, : Reasons and emotion in Psychotherapy. New Jersey : the Citadel Press, 1977 (d).

39- Ellis, A: Changing Rational Emotive Therapy(RET) to Rational Emotive Behaviour Therapy (REBT). Journal of Rational Emotive and Cognitive Behaviour Therapy. 1995, Vo. (13). No. (2) pp. 85-89.

40- ICD – 10. "Classification of Mental Behavioural Disorders, "World Health organization. Geneva : 1992.

41- Rachman, S. obsessional – Compulsive Checking. Behaviour Research and Therpary, 1976, 14, 269-277 (b).

42- Ray Woolfe and Windy Dryden Counselling Psychology, SAGE Publications, London, 1996.

43- Rickey L. George ; Theory, Methods and Processors of Counseling and Psychotherapy , prentice – Hall, inc. Englewood Cliffs, New Jersey, 1981.

44- Robinson, S. Feedback seeking in groups. A theoretical perspective. British journal of social Psychology , 1993, Vol. (32) pp. 71 – 86.

45- Spielberger, C. Jacob, G. Russel, S, and Crane, R: the state –trait anger scale. (in) J.N. Butcher and C.D. Spielberger (eds) Advances in personality Assessment, 1983 Vol. (2), pp : 159 -187.

الملاحــق

ملحق (1)

ICD-10

المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض والذي أصدرته منظمة الصحة العالمية (1992) تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية

The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders
Clinical Descriptions and Diagnostic Guidance
World Health Organization Geneva 1992

List of categories: **قائمة بالفئات**

يشار إلى الفئات الرئيسية دون تفريعاتها .

- **F00 – F09: Organic, including sympotomatic, mental disorders:**
  - F00 Dementia in Alzheimer's disease.
  - F01 Vascular dementia.
  - F02 Dementia in other diseases classified elsewhere.
  - F03 Unspecified dementia.
  - F04 Organic amnesic syndrome, not induced by alcohol and other psychoactive substances.
  - F05 Delirium, not induced by alcohol and other psychoactive substances.
  - F06 Other mental disorders due to brain damage and dysfunction and to physical disease.
  - F07 Personality and behavioural disorders due to brain, disease damage and dysfunction.
  - F09 Unspecified organic or symptomatic mental disorder.
- **F10 – F19: Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use:**

- F10 Mental and behavioural disorders due to use of alcohol.
- F11 Mental and behavioural disorders due to use of opioids.
- F12 Mental and behavioural disorders due to use of cannabinoids.
- F13 Mental and behavioural disorders due to use of sedatives or hypnotics.
- F14 Mental and behavioural disorders due to use of cocaine.
- F15 Mental and behavioural disorders due to use of other stimulants, including caffeine.
- F16 Mental and behavioural disorders due to use of hallucinogens.
- F17 Mental and behavioural disorders due to use of tobacoo.
- F18 Mental and behavioural disorders due to use of volatile solvents.
- F19 Mental and behavioural disorders due to multiple drug use and use of other psychoactive substances.

- **F20 – F29: Schizophernia, schizotypal and delusional disorders:**
  - F20 Schizophernia.
  - F21 Schizotypal disorders.
  - F22 Persistent delusional disorders.
  - F23 Acute and transient psychotic disorders.
  - F24 Induced delusional disorder.
  - F25 Schizoaffective disorders.
  - F28 Other nonorganic psychotic disorders.
  - F29 Unspecified nonorganic psychosis.
- **F30 – F39: Mood (affective) disorders:**
  - F30 Manic episode.
  - F31 Bipolar affective disorder.
  - F32 Depressive episode.

- F33 Recurrent depressive disorder.
- F34 Persistent mood (affective) disorders.
- F38 Other mood (affective) disorders.
- F39 Unspecified mood (affective) disorder.

- **F40 – F48: Neurotic, stress-related and somatoform disorders:**
  - F40 Phobic anxiety disorders.
  - F41 Other anxiety disorders.
  - F42 Obsessive – compulsive disorder.
  - F43 Reaction to severe stress, and adjustment disorders.
  - F44 Dissociative (conversion) disorders.
  - F45 Somatoform disorders.
  - F48 Other neurotic disorders.
- **F50 – F59: Behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors:**
  - F50 Eating disorders.
  - F51 Nonorganic sleep disorders.
  - F52 Sexual dysfunction, not caused by organic disorder or disease.
  - F53 Mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified.
  - F54 Psychological and behavioural factors associated with disorders or diseases classified elsewhere.
  - F55 Abuse of non-dependence-producing substances.
  - F59 Unspecified behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors.
- **F60 – F69: Disorders of adult personality and behaviour:**
  - F60 Specific personality disorders.
  - F61 Mixed and other personality disorders.
  - F62 Enduring personality changes, not attributable to brain damage and disease.



- F63 Habit and impulse disorders.
- F64 Gender identity disorders.
- F65 Disorders of sexual preference.
- F66 Psychological and behavioural disorders associated with sexual development and orientation.
- F68 Other disorders of adult personality and behaviour.
- F69 Unspecified disorder of adult and behaviour.

• **F70 – F79: Mental retardation:**
- F70 Mild mental retardation.
- F71 Moderate mental retardation.
- F72 Severe mental retardation.
- F73 Profound mental retardation.
- F78 Other mental retardation.
- F79 Unspecified mental retardation.

• **F80 – F89: Disorders of psychological development:**
- F80 Specific developmental disorders of speech and language.
- F81 Specific developmental disorders of scholastic skills.
- F82 Specific developmental disorder of motor function.
- F83 Mixed specific developmental disorders.
- F84 Pervasive developmental disorders.
- F88 Other disorders of psychological development.
- F89 Unspecified disorder of psychological development.

• **F90 – F98: Behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence:**
- F90 Hyperkinetic disorders.
- F91 Conduct disorders.
- F92 Mixed disorders of conduct and emotions.
- F93 Emotional disorders with onset specific to childhood.
- F94 Disorders of social functioning with onset specific to childhood.
- F95 Tic disorders.

- F98 Other behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence.

- **F99: Unspecified mental disorder:**
  - F99 Mental disorder, not otherwise specified.

ملحق (2)

DSM-IV

دليل التشخيص والإحصاء (الطبعة الرابعة) للاضطرابات النفسية والذي أصدرته جمعية الطب النفسي الأمريكية (1994)

Diagnostic and statistical manual of mental disorders

Fourth edition

تصنيف الفئات

يشار إلى الفئات الرئيسية دون تفريعاتها .

- **Disorders usually first diagnosed in infancy, childhood, or adolescence (37):**
  - Mental retardation (39).
  - Learning disorders (46).
  - Motor skills disorder.
  - Communication disorders (55).
  - Pervasive developmental disorders (65).
  - Attention-deficit and disruptive behavior disorders (78).
  - Feeding and eating disorders of infancy or early childhood (94).
  - Tic disorders (100).
  - Elimination disorders (106).
  - Other disorders of infancy, childhood, or adolescence.
- **Delirium, dementia and amnestic and other cognitive disorders (123):**
  - Delirium (124).
  - Dementia (133).
  - Amnestic disorders (156).
  - Other cognitive disorders (163).
- **Mental disorders due to a general medical condition not elsewhere classified (165):**
- Substance-related disorders (175).

- Alcohol-related disorders (194).
- Alcohol-use disorders.
- Alcohol-induced disorders.
- Amphetamine (or amphetamine-like) related disorders (204).
- Amphetamine use disorders.
- Amphetamine-induced disorders.
- Caffeine-related disorders (212).
- Caffeine-induced disorders.
- Cannabis-related disorders (215).
- Cannabis use disorders.
- Cannabis-induced disorders.
- Cocaine-related disorders (221).
- Cocaine use disorders.
- Cocaine-induced disorders.
- Hallucinogen-related disorders (229).
- Hallucinogen use disorders.
- Hallucinogen-induced disorders.
- Inhalant-related disorders (236).
- Inhalant-induced disorders.
- Nicotine-related disorders (242).
- Nicotine use disorder.
- Nicotine-induced disorder.
- Opioid-related disorders (247).
- Opioid use disorders.
- Opioid-induced disorders.
- Phencyclidine (or phencyclidine-like) related disorders (255).
- Phencyclidine use disorders.
- Phencyclidine-induced disorders.
- Sedative-, hypnotic-, or anxiolytic-related disorders (261).
- Sedative, hypnotic, or anxiolytic-use disorders.
- Sedative-, hypnotic-, or anxiolytic-induced disorders.
- Polysubstance-related disorders.
- Other (or unknown) substance-related disorders (270).
- Other (or unknown) substance use disorders.
- Other (or unknown) substance induced disorders.

- **Schizophrenia and other psychotic disorders (273).**
- **Mood disorders (317):**
  - Depressive disorders.
  - Bipolar disorders.
- **Anxiety disorders (393).**
- **Somatoform disorders (445).**
- **Facitious disorders (471).**
- **Dissociative disorders (477).**
- **Sexual and gender identity disorders (493).**
  - Sexual dysfunctions (493).
  - Sexual desire disorders.
  - Sexual arousal disorders.
  - Orgasmic disorders.
  - Sexual pain disorders.
  - Sexual dysfunction due to a general medical condition (515).
  - Paraphilias (522).
  - Gender identity disorders (532).
- **Eating disorders (539).**
- **Sleep disorders (551).**
  - Primary sleep disorders (553).
  - Dyssomnias (553).
  - Parasomnias (579).
  - Sleep disorders related to another mental disorders (592).
  - Other sleep disorders.
- **Impulse-control disorders not elsewhere classified (609).**
- **Adjustment disorders (623).**
- **Personality disorders (629).**
- **Other conditions that may be a focus of clinical attention (675):**
  - Psychological factors affecting medical condition (675).
  - Medication-induced movement disorders (878).
  - Other medication-induced disorder.
  - Relational problems (680).
  - Problems related to abuse or neglect (682).
  - Additional conditions that may be a focus of clinical attention (683).
- Additional codes.
- Multiaxial system.

ملحق (3)

دليل تشخيص الأمراض النفسية
الجمعية المصرية للطب النفسي (1979)
قائمة الفئات التشخيصية

- 1 صفر التخلف العقلي .
- 2 صفر الذهانات المقترنة بالزملات العضوية المخية .
- 3 صفر الحالات غير الذهانية المقترنة بالزملات العضوية المخية
- 4 صفر الاضطرابات الطبنفسية للصرع .
- 5 صفر الاعتماد على العقاقير ، والكحولية [1] والذهانات الكحولية
- 6 صفر أمراض الهوس والاكتئاب
- 7 صفر الفصام .
- 8 صفر حالات البارانويا .
- 9 صفر الذهانات الوظيفية الأخرى .
صفر 1 (عشرة) العصاب [2] .
11 - اضطرابات الطباع والشخصية .
12 - الاضطرابات النفسفسيولوجية [3] .
13 - اضطرابات السلوك في الطفولة والمراهقة .
14 - أعراض خاصة لم تصنف في مكان آخر .
15 - حالات لم يمكن تصنيفها تحت أي من الفئات السابقة
16 - لا يوجد اضطراب نفسي .

ملاحظات الجمعية المصرية للطب النفسي :

[1] فضلنا ترجمة كلمة Alcoholism إلى " الكحولية " دون التسمم الكحولي كما هو شائع ، لأن كلمة تسمم بالعربية لا تنقل المراد بدقة ، وقد ترجم بعض الزملاء هذا التعبير إلى " خمار "، ولكن اللجنة انتهت إلى تفضيل كلمة كحولية على أن يقتصر الخمار على ما يعني Drunkennes (حيث جاء الوسيط خمار من الخمر ، وهو ما يصيب شاربها من ألمها وصداعها ، وخمار ، هو ما خالط الإنسان من شراب الخمر) فهو – الوسيط – لم يعن الحدة المرضية بالذات فالكحولية أشمل لذلك ، كما أن اللفظ مشتق من الكحول ذاته أسوة بالإنجليزية والفرنسية .

[2] في الأصل الإنجليزي توجد هذه الفئة في صيغة الجمع Neuroses ، ولكنا فضلنا في الترجمة العربية استعمال اسم النوع " عصاب " بدلا من الجمع " أعصبة " للتخفيف .

[3] فضلنا استعمال هذه الكلمة "النفسفسيولوجية" المنحوتة إضغاما ، لتصبح سائدة في اللغة العربية مقابل الإضغام الشائع في اللغات الأخرى ، وسنتبع مبدأ النحت والإضغام كلما لزم الأمر دون تردد .





ف : 1/29/1/07 تاريخ استلام : 1/3/2007

هذا الكتاب

من الدراسات العربية القليلة في مجال الإرشاد النفسي التي توضح طبيعة العملية الإرشادية ومراحلها ، من خلال عرض الموضوعات التي تُزيد معارفنا وخبراتنا ومهاراتنا بها مثل الموضوعات التي تعين على فهم معنى الإرشاد النفسي وخصائصه وأساليبه وأدوات جمع المعلومات بهدف التشخيص مثل : المقابلة والملاحظة ودراسة الحالة والاختبارات النفسية. ثم عرض بعض الطرق العلاجية في مجال الإرشاد النفسي وأيضاً عرض نماذج لبرامج إرشادية بتصميمات مختلفة وفي مجالات مختلفة .

إن القيمة الإضافية لهذا الكتاب بالإضافة إلى ما تضمنه من موضوعات عامة مطروحة في مجال الإرشاد النفسي (على نحو ما سبق) أنه تناول بعض الموضوعات الأخرى التي لم تعالج من قبل بشكل كاف وهي : الإعداد المهني لممارسة الإرشاد النفسي والتشخيص في مجال الإرشاد النفسي والبرامج الإرشادية من حيث التخطيط لها وتنفيذها وإدارة الجلسات الإرشادية والاتصال غير اللفظي واللفظي بين المرشد النفسي والمسترشد أثناء الجلسة الإرشادية .

إن موضوعات الكتاب الحالي يمكن أن تكون أساساً لقراءات واسعة نقدية وإبداعية فيما بعد كما يمكن اختبار صحة ودرجة فائدة هذه الموضوعات في المجال العملي عند تنفيذ البرامج الإرشادية ، وفي ضوء هذه القراءات والاختبارات يمكن إدخال تعديلات أو إضا[illegible] أخرى من أجل فهم أو إعادة فهم خصائص العملية الإرشا[illegible] في ضوء ثقافتنا العربية .

I.S.B.N. 977-350-106-X